



**Maria Celerina Silva de Sousa Dias da Cunha** **Perfis do Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal**  
**Organização de Recursos e Serviços**



**Maria Celerina Silva de  
Sousa Dias da Cunha**

**Perfis do Serviço de Apoio Domiciliário em Portugal**  
Organização de Recursos e Serviços

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Doutor José Ignácio Martin, Professor Auxiliar Convidado da Secção Autónoma Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

“A expressão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio a explodir em qualquer altura” [Kofi Anam, (2002)].

## **o júri**

presidente

Doutor **Edgar Figueiredo da Cruz e Silva**  
Professor Associado da Universidade de Aveiro

vogal

Doutor **Bernardo Bicudo de Azevedo Keating**  
Professor Associado do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho

vogal

Doutor **José Ignácio Guinaldo Martin**  
Professor Auxiliar Convidado da Universidade de Aveiro (**Orientador**)

**Dedico este trabalho à minha mãe com toda a minha gratidão.**

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho foi possível graças ao apoio, à solicitude e à disponibilidade de todos quantos directa ou indirectamente, estiveram nele envolvidos.

Neste agradecimento cabe uma referência especial às pessoas que pelo acompanhamento, pelo incentivo, pela colaboração e pelo carinho ajudaram a concretizar este projecto.

Agradeço nomeadamente:

Às Direcções das Instituições-alvo, às Directoras Técnicas dos SAD, às Ajudantes de Acção Directa e demais pessoal e aos utentes, pelo seu acolhimento, colaboração e empenho;

Ao Doutor Ignácio Martin pela orientação, pela proximidade, pela partilha de saberes e pela disponibilidade, com que ao longo de meses me acompanhou.

À Doutora Liliana Sousa pelo incentivo e compreensão e de um modo especial por aquela conversa de corredor, tão determinante.

À minha amiga Laura por todas as formas de colaboração, pessoais ou profissionais, sempre tão oportunas.

Às minhas filhas, pela força e dedicação com que me acompanham.

À família e amigos pelo seu carinho e também pela sua paciência.

## palavras-chave

serviço de apoio domiciliário, pessoa idosa, acção social.

## resumo

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é a pedra angular dos serviços sociais comunitários, direccionados para pessoas idosas com algum grau de dependência. O maior interesse do presente estudo está no enfoque colocado na instituição promotora do cuidado e não nos utentes.

O objectivo do trabalho foi a identificação da dinâmica organizacional que permite explicar o tipo de serviço que a instituição disponibiliza, com duas ordens de variáveis: (i) os recursos; (ii) as tarefas que concretizam a prestação do cuidado. Os utentes, neste contexto, são considerados como uma variável organizacional.

O estudo teve carácter exploratório, com utilização do método estudo de caso, como um meio de organizar os dados sociais preservando o carácter unitário do objecto social estudado, o SAD. No entanto, para um maior rigor na recolha dos dados, as instituições que constituíram o universo-alvo da investigação foram seleccionadas pelo processo de amostragem aleatória por cotas, sendo cada cota composta por duas instituições seccionadas em dois critérios: (i) contexto territorial (rural/urbano); (ii) critério de capacidade (grande/pequena). Como suporte à recolha e registo de dados foi concebido e aplicado um instrumento, o *ProtSAD* v.1, que permitiu sistematizar a informação. Como auxiliares deste, foram ainda utilizados sub-suportes desagregados de modo a permitir uniformidade dos dados recolhidos, minimizando os riscos de subjectividade na interpretação das questões e consequente viciação dos dados. Os dados recolhidos foram objecto de análise coerente segundo o método em que assentou o processo de amostragem.

Os resultados fizeram emergir os pontos fortes, as debilidades, as potencialidades e os riscos/desafios, dos SAD objectos do estudo. Os primeiros, as forças, definem-se na área dos recursos humanos de acção directa ou mais próxima dos destinatários do cuidado; as debilidades remetem para a gestão dos meios e para as políticas da organização; as potencialidades surgem associadas aos equipamentos de suporte e da gestão e, os desafios, colocam-se sobretudo na vertente do desenvolvimento, do aperfeiçoamento e da inovação.

Dos resultados desta investigação espera-se uma visão diferente dos SAD enquanto resposta social, que capacite iniciativas de pressão orientadas para a inovação em serviços que revelam sinais de alguma estagnação. Os mesmos resultados permitiram o desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação do Serviço de Apoio Domiciliário melhorado, o *ProtSAD* v.2, já publicado.

**keywords**

Home Support Services, elderly, social service.

**abstract**

Home Care Support (HCS) is the corner stone of the communitarian social services, addressed to aged people with some degree of dependence. The major interest study hereby reported is that it focuses in the institutions that provide the care rather than on its beneficiaries.

The main objective was the identification of the organizational dynamics that allows explaining the type of service provide by the institution, with two orders of variables: (i) the resources; (ii) the tasks that materialize the care instalment. The beneficiaries, in this context, are considered as organizational variables.

The study had an exploratory nature and the "case study" approach was used as a way to organize the social data preserving the unitary character of the HCS as the studied social object. However, for higher accuracy in the collection of data, the institutions of the target-universe of the inquiry were selected by the process of random sampling for shares, being each share composed by two institutions parted in two criteria: (i) territorial context (rural/urban); (ii) capacity criterion (large/small). For the collection and register of data, an instrument that allowed systemizing the information, the ProtSAD v.1, was conceived and applied. As auxiliary instruments, disaggregated sub-supports were used in order to allow uniformity of the collected data, minimizing the risks of subjectivity in the interpretation of the questions and consequent bias of results. The collected data were submitted to coherent analysis according to the method in which the data collection was based.

From the analysis of results, the strong points, the weaknesses as well as the potentials, the risks and the challenges of the HCS emerge. The first ones, the strong points, are defined by the human resources that directly or indirectly act in the service providence; the weaknesses were found to be more related to the management and the politics of the organization; the potentials are more associated to the supporting equipments and to the management; the challenges reside mostly in the development, improvement and innovation.

From the results of this inquiry a different vision of the HCS is expected, especially in the social responses that enable guided initiatives of pressure towards the innovation in services showing signs of some stagnation. The results also allowed the development and validation of an improved instrument of evaluation of the Home Care Support, the ProtSAD v.2, already published.



<b>Índice</b> .....	ix
<b>Índice de Quadros e de Tabelas</b> .....	x
<b>Siglas</b> .....	xi

<b>Introdução</b> .....	1
-------------------------	---

## **CAPÍTULO I – ABORDAGEM TEÓRICA DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA**

<b>A TERCEIRA IDADE</b> .....	3
<b>1. Respostas Sociais para a Terceira Idade</b> .....	5
1.1. Medidas de Política Social para a população idosa .....	5
1.1.1. Princípios de política social para o cuidado da pessoa idosa: Orientações da II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento .....	6
1.1.2. ‘Novo’ paradigma das medidas de política social para as pessoas idosas ..	7
1.1.3. A participação .....	7
1.1.4. Modelos europeus para o cuidado da pessoa idosa .....	8
1.1.5. O modelo português de cuidado à pessoa idosa .....	11
1.1.5.1. Cronologia Recente do Desenvolvimento do Modelo de Acção Social em Portugal .....	11
1.1.5.2. Protecção Social à Dependência: O Complemento por Dependência aos pensionistas dos regimes de segurança social .....	16
1.2. Equipamentos Sociais/Respostas para a População Idosa .....	18
1.2.1. Tipologia de Respostas e de Equipamentos de Suporte em Portugal .....	19
1.2.2. Organizações Promotoras de Respostas Sociais para a Terceira Idade .....	21
<b>2. O Serviço de Apoio Domiciliário</b> .....	22
2.1. Conceito de Serviço de Apoio Domiciliário .....	23
2.1.1. Permanência no Domicílio .....	25
2.1.2. Promoção da Autonomia .....	26
2.1.3. Programa Individualizado .....	27
2.1.4. Intervenção Profissionalizada .....	27
2.2. Objectivo Geral do Serviço de Apoio Domiciliário .....	28
2.3. Objectivos Específicos do Serviço de Apoio Domiciliário .....	29
2.4. O Serviço de Apoio Domiciliário no Ordenamento Jurídico Português .....	29
2.5. Pressupostos do Serviço De Apoio Domiciliário .....	30
2.5.1. Heterogeneidade .....	30
2.5.2. Contextualização .....	31
2.5.3. Intersectorialidade .....	31
2.5.4. Oportunidade/Prioridade .....	32

2.6.	Perspectivas Futuras do Serviço de Apoio Domiciliário; A Substituição Temporária do Cuidador Informal e o Assegurar o Cuidado em <i>Continuum</i> .....	33
2.6.1.	Substituição Temporária do Cuidador Informal (Alívio ao Cuidador) .....	34
2.6.2.	Modelo de Continuidade .....	34
<b>CAPÍTULO II – OBJECTIVOS E METODOLOGIA .....</b>		<b>37</b>
1.	Natureza e Objectivos do Estudo Empírico .....	39
2.	Metodologia .....	39
2.1.	Amostra .....	39
2.2.	Instrumentos .....	40
2.2.1.	ProtSAD v.1 .....	40
2.2.1.1.	Dados de Identificação .....	41
2.2.1.2.	Gestão de Dados .....	41
2.2.1.3.	Financiamento da Valência SAD .....	42
2.2.1.4.	Caracterização dos Profissionais do SAD .....	42
2.2.1.5.	Caracterização dos Voluntários do SAD .....	42
2.2.1.6.	Caracterização dos Utentes do SAD .....	42
2.3.	Procedimentos .....	43
2.3.1.	Tempo Estimado/Utilizado para a Recolha de Dados .....	45
<b>CAPÍTULO III – ANÁLISE DE RESULTADOS .....</b>		<b>47</b>
1.	Serviço de Apoio Domiciliário – Programa e Actuação (Caracterização do SAD) .....	49
1.1.	Identificação das Instituições Gestoras .....	49
1.2.	Tempo de Existência dos Serviços de Apoio Domiciliário .....	50
1.3.	Lotação do SAD .....	52
1.4.	Análise da Modalidade de Gestão da Instituição Prestadora de Cuidados .....	53
1.4.1.	Centro de Custos .....	54
1.5.	Órgão de Gestão de Instituições Promotoras do SAD .....	55
1.5.1.	Direcção .....	55
1.5.2.	Competências da Direcção .....	55
1.5.3.	Participação dos Técnicos nas Reuniões das Respectivas Direcções .....	55
1.5.4.	Representação de Utentes nas Direcções das Instituições .....	56
1.5.5.	Periodicidade das Reuniões da Direcção .....	56
1.6.	Organização/Funcionamento da SAD/Boas Práticas .....	56
1.6.1.	Guia/Regulamento do SAD para Utentes .....	56
1.6.2.	Guia do Pessoal do SAD .....	57
1.6.3.	Programa de Acolhimento/Orientação de Novos Utentes .....	57

1.6.4.	Programa para Acolhimento/Orientação de Novos Funcionários .....	57
1.6.5.	Programa de Acolhimento/Orientação para Voluntários .....	57
1.6.6.	O Plano Individualizado de Cuidados .....	58
1.6.7.	Formalização do Contrato de Prestação dos Cuidados .....	58
1.6.8.	Existência do Processo Individual no Respetivo Domicílio do Utente ....	58
1.6.9.	Supervisão da Avaliação do SAD pelo Respetivo Responsável .....	59
1.6.10.	Registo da Avaliação Periódica no Respetivo Processo Individual .....	59
1.6.11.	Conhecimento Formal do Técnico Responsável .....	60
1.6.12.	Cobertura Horária .....	60
1.6.13.	Cobertura Semanal .....	61
1.6.14.	Permanência/Rotatividade das Ajudantes de Acção Directa .....	61
1.6.15.	Comentários Feitos às Questões Relacionadas com o Funcionamento do SAD .....	62
1.7.	Serviços e Actividades Disponíveis .....	63
1.7.1.	Serviços Básicos (ABVD) .....	63
1.7.2.	Cuidados de Saúde .....	66
1.7.3.	Serviços Especializados .....	66
1.7.4.	Apoio Instrumental .....	67
1.7.5.	Serviços Complementares .....	70
1.7.6.	Comentários aos Serviços Disponibilizados/Prestados .....	71
1.8.	Dinâmicas Intra-Institucionais .....	72
1.9.	Dinâmicas Inter-Institucionais .....	73
1.10.	Gestão de dados/Acesso ao SAD .....	73
1.10.1.	Âmbito Territorial .....	74
1.10.2.	Âmbito Pessoal .....	75
1.10.3.	Lista de Espera .....	77
1.10.4.	Gestão da Lista de Espera .....	78
1.10.5.	Reclamações e Queixas de Utentes .....	79
1.10.6.	Reclamações (Competências) .....	80
1.10.7.	Análise da Última Reclamação Apresentada .....	80
1.10.8.	Reclamações (Estratégias de Acção) .....	81
1.11.	Financiamento/Recursos Financeiros .....	82
1.11.1.	Fontes - Rendimentos Próprios (da Instituição) .....	83
1.11.2.	Fontes - Comparticipação de Utentes (Mensalidades) .....	83
1.11.3.	Fontes – Comparticipação da Segurança Social .....	88
1.11.4.	Fontes - Comparticipação das Autarquias .....	88
1.11.5.	Fontes – Comparticipação da Comunidade (Donativos) .....	89
1.11.6.	Análise do Sub-Financiamento .....	89

1.12.	Análise dos Recursos Humanos Afectos ao SAD .....	90
1.12.1.	Intervenção/Actuação Sistémica (Equipas Multidisciplinares) .....	98
1.12.2.	Caracterização do Pessoal (Profissional) .....	98
1.12.3.	Caracterização dos Voluntários .....	102
2.	Serviço de Apoio Domiciliário/Os Utilizadores .....	103
2.1.	Caracterização dos Utentes do SAD .....	103
2.1.1.	Características Biográficas (Quantificação) .....	104
2.1.2.	Características Socio-Económicas .....	111
2.1.3.	Capacidades Funcionais dos Utentes .....	113
2.1.4.	Caracterização do Estado de Saúde/ Estado Geral .....	115
2.1.5.	Caracterização do Estado de Saúde/Situação Específica .....	117
<b>CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>		<b>119</b>
Introdução .....		121
1.	Pontos fortes do Serviço de Apoio Domiciliário .....	121
2.	Fragilidades do Serviço de Apoio Domiciliário .....	123
3.	Potencialidades .....	126
4.	Os desafios e expectativas .....	128
5.	Conclusão .....	128
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>		<b>131</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>139</b>

## **Índice de Quadros**

Quadro 1 – Valência Lar – Acréscimo da comparticipação da Segurança Social em função do número de idosos com de pendência .....	22
Quadro 2 - Raiz da amostra .....	40

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Identificação Institucional. ....	52
Tabela 2 – Capacidade /Lotação SAD .....	53
Tabela 3 – Serviços e Actividades SAD /Equipamentos .....	72
Tabela 4 – Lotação SAD/Potenciais Utentes em Lista de Espera .....	78
Tabela 5 – Valores das Mensalidades (Globalidade dos Serviços) .....	84
Tabela 6 – Valores (parcelares) das Mensalidades - Higiene e Conforto Pessoal .....	85
Tabela 7 – Valores (parcelares) das Mensalidades – Refeições .....	86
Tabela 8 – Valores (parcelares) das Mensalidades – Lavandaria .....	87
Tabela 9 – Valores (parcelar) das Mensalidades – Higiene e Cuidado Habitacional .....	88
Tabela 10 – Lotação SAD/Número de Profissionais Especializados .....	92
Tabela 11 – Lotação SAD/ Supervisores Coordenadores e Chefes .....	93
Tabela 12 – Lotação SAD/Pessoal Administrativo e Secretários .....	94
Tabela 13 – Rácios Lotação SAD/Ajudantes de Acção Directa (AAD) .....	95
Tabela 14 – Lotação SAD/ Cozinheiros (as) e Ajudantes de Cozinha .....	96
Tabela 15 – Lotação SAD/ Pessoal de Limpeza e de Lavandaria .....	97
Tabela 16 – Lotação SAD/ Pessoal Indiferenciado (Polivalente) .....	97
Tabela 17 – Ajudantes de Acção Directa (AAD) – Formação .....	100
Tabela 18 – Caracterização Biográfica dos Utentes SAD/Género .....	104
Tabela 19 – Caracterização Biográfica dos Utentes SAD/Grupos etários .....	105
Tabela 20 – Caracterização Biográfica dos Utentes SAD/Residência .....	106
Tabela 21. – Caracterização Biográfica dos Utentes SAD/Estado Civil .....	107
Tabela 22 – Caracterização Biográfica/Níveis de Instrução .....	108
Tabela 23 – Caracterização Biográfica/Profissões Enquanto Activos .....	109
Tabela 24 Caracterização Socio-Económica/Rendimentos .....	110
Tabela 25 – Caracterização Socio-Económica/Tempo de Vinculação .....	112
Tabela 26 – Capacidades Funcionais/Actividades da Vida Diária .....	113
Tabela 27 – Caracterização do Estado de Saúde/ Estado Geral .....	114
Tabela 28 – Caracterização do Estado de Saúde/Situação Específica – Tipo de Problemas/Patologias .....	115

## **SIGLAS**

<b>ABVD</b>	–	<b>Actividades Básicas da Vida Diária</b>
<b>AIVD</b>	–	<b>Actividades Instrumentais da Vida Diária</b>
<b>AMU</b>	–	<b>Área medianamente Urbana</b>
<b>APR</b>	–	<b>Área predominantemente Rural</b>
<b>APU</b>	–	<b>Área predominantemente Urbana</b>
<b>CE</b>	–	<b>Comunidade Europeia</b>
<b>CRP</b>	–	<b>Constituição da República Portuguesa</b>
<b>IPSS</b>	–	<b>Instituições Particulares de Solidariedade Social</b>
<b>INE</b>	–	<b>Instituto Nacional de Estatística</b>
<b>ONU</b>	–	<b>Organização da Nações Unidas</b>
<b>PDM</b>	–	<b>Planos Directores Municipais</b>
<b>PROT</b>	–	<b>Planos Regionais de Ordenamento do Território</b>
<b>SAD</b>	–	<b>Serviço de Apoio Domiciliário</b>
<b>SSS</b>	–	<b>Solidariedade e Segurança Social</b>

## INTRODUÇÃO

À comunidade, cabe despertar o interesse pelo aprofundamento do conhecimento, na área da intervenção com pessoas idosas, assim como acordar a consciência política e ética das sociedades.

A procura do saber sobre as interdependências entre o envelhecimento humano e social, deu lugar à construção de uma área transdisciplinar do conhecimento, a que chamamos Gerontologia Social. As investigações incidem, designadamente, ao nível do impacto dos fenómenos do envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, na protecção social, no direito, nas representações sociais sobre a vida a morte e a velhice, nas práticas culturais, na relação com o tempo. Os seus territórios apresentam uma diversidade e complexidade crescentes.

O envelhecimento da sociedade e de cada um revela-se profundamente interpelante e desafiante, pelo que transporta de novidade na reciprocidade da relação sujeito/sociedade. Os ganhos em anos de vida entrosam-se em novos comportamentos, estilos de vida, expectativas e valores, com repercussões nas formas de sociabilidade e convivência.

Vive-se mais anos com elevado nível de autonomia, de capacidades, potencialidades de realização pessoal e de intervenção na sociedade. Ao mesmo tempo alterou-se o ciclo de vida pela crescente dessincronização entre o percurso das idades, inerentes ao processo de desenvolvimento humano e o trajecto sócio-profissional.

A formação em Gerontologia Social constitui uma experiência e uma necessidade das sociedades contemporâneas (Quaresma, 2002).

Dentro das políticas sociais, integradas na área da Gerontologia, o *Serviço de Apoio Domiciliário* (SAD), como uma das vertentes da intervenção gerontológica, é o tema deste trabalho.

A escolha assenta, essencialmente, em três ordens de razões: ser o SAD considerado, de entre as respostas sociais para as pessoas idosas, como aquela capaz de garantir a maior satisfação e melhor qualidade de vida aos seus destinatários; haver relativamente pouca investigação científica sobre esta resposta social, em Portugal; poder este trabalho ser um contributo para melhor conhecer o SAD em Portugal, e consequentemente, apoiar o seu aperfeiçoamento ao nível das políticas sociais e das inerentes práticas.





---

## **CAPÍTULO I**

### **ABORDAGEM TEÓRICA DAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA A TERCEIRA IDADE**

---



## **1. Respostas Sociais para a Terceira Idade**

A melhoria das condições higienico-sanitárias e o desenvolvimento económico e social contribuíram para o aumento da esperança de vida verificado nos últimos anos e, como consequência directa deste, resultou o envelhecimento progressivo da população. Este processo de envelhecimento demográfico revela necessidades relativamente à população idosa, nomeadamente, em termos de serviços sociais e de saúde (IMSERSO, 2004).

Neste sentido, serão analisadas as perspectivas da política social para a terceira idade, nomeadamente nos seus princípios, exemplificando o seu desenvolvimento em países europeus, e fazendo uma definição do modelo do sistema de serviços sociais para idosos em Portugal, desde o mais amplo ao mais especializado (o Serviço de Apoio Domiciliário – SAD).

### **1.1 Medidas de Política Social para a População Idosa**

Abordar aqui o SAD, pressupõe situá-lo no âmbito mais amplo das medidas de política social direccionadas para a população idosa. Com efeito, a análise da evolução das formas e modelos desta resposta social, com este enfoque, permite-nos dar conta dos encontros e desencontros da política de velhice. As políticas sociais estando intimamente ligadas às transformações sociais, económicas e políticas, comportam uma tensão permanente entre os modelos assistenciais e a consagração dos direitos sociais em toda a sua extensão, como direitos exigíveis (Quaresma, 1999).

A Carta Social Europeia, enquanto norma jurídica interna em consequência da sua ratificação pelos Estados signatários, nomeadamente Portugal, nos seus artigos 12º, 13º e 14º, implica, da parte destes Estados, o compromisso dos mesmos criarem e implementarem as medidas de protecção social (Carta Social Europeia, 1991).

Na sua maior abrangência as políticas sociais têm uma matriz idêntica, emergem do dever dos Estados de proteger os cidadãos e, de entre estes, os grupos mais vulneráveis. O objectivo fulcral é prevenir a expansão das desigualdades e combater a exclusão social. A Acção Social, tem como objectivos fundamentais a prevenção e reparação de situações de carência e desigualdade socio-económica, de dependência, de disfunção, exclusão ou vulnerabilidade sociais, bem como a integração e promoção comunitárias das pessoas e o desenvolvimento das respectivas capacidades (Segurança Social, 2006).

No que diz respeito ao grupo dos idosos, as respostas sociais e programas disponíveis para este grupo de pessoas têm por objectivo, tanto quanto possível, a promoção de

condições de autonomia e bem estar, favorecendo a sua permanência no domicílio e no seu meio familiar e social e privilegiando a sua inserção social e comunitária (Rodriguez, 2000).

Ao tornar-se um problema social, a velhice passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções. A preocupação em encontrar soluções evidencia-se no aumento de estudos e de investigadores que centram as suas atenções nas pessoas idosas (Martins, 2007). A evolução das relações entre gerações, bem como a produção e institucionalização de medidas especificamente orientadas para a velhice passou a designar-se por políticas de velhice, podendo estas entender-se como “o conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade” (Fernandes, 1997).

### **1.1.1 Orientações da II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento**

Durante as últimas décadas, a Organização das Nações Unidas fez-se promotora de numerosas iniciativas orientadas para compreender e encontrar soluções para os problemas que apresenta o aumento crescente do número de pessoas idosas. Dessas iniciativas uma das mais relevantes foi a da promulgação do Ano Internacional das Pessoas Idosas, celebrado em 1999. Foi uma ocasião importante para chamar a atenção de toda a humanidade para enfrentar o desafio de construir “uma sociedade para todas as idades” (João Paulo II, 2002).

A II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento Humano, reuniu-se para uma análise de conjunto da aplicação do Plano de Acção Internacional de 1982 e para traçar estratégias para o futuro. Realizada pela ONU em Madrid, em Abril de 2002, teve como tema central “Uma Sociedade para Todas as Idades”. Reuniu representantes de 160 países e 700 representantes de ONG’s que avaliaram os resultados conseguidos a partir das recomendações da I Assembleia, realizada 20 anos antes, em Viena, num esforço global para enfrentar a revolução demográfica que acontece em todo o mundo.

Esta II Assembleia aprovou dois importantes documentos: Plano de Acção Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento (2002) e uma Declaração Política, que contém os compromissos assumidos pelos governos para executar o novo Plano de Acção nos 25 anos seguintes.

O Plano de Acção, aponta três prioridades: (i) os idosos e o processo de desenvolvimento, que se centra na necessidade das sociedades ajustarem suas políticas e

instituições para que a crescente população idosa seja uma força produtiva em benefício da sociedade; (ii) a promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida, que atenda a necessidade de implantar políticas que promovam a boa saúde desde a infância até à velhice; (iii) a criação de contextos propícios, que promovam políticas orientadas para a família e a comunidade como base para um envelhecimento seguro.

A Declaração Política, aborda especificamente a questão da saúde da população idosa. Contém os compromissos assumidos pelos governos para executar o novo plano de acção nos 25 anos seguintes, com vista a garantir uma sociedade para todas as idades, tema central deste evento da ONU. Nesta declaração os estados: (i) reconhecem o direito de todas as pessoas usufruírem do máximo de saúde física e mental e, consequentemente, a necessidade de contribuírem para a efectivação desse direito; (ii) comprometem-se a promover meios saudáveis de vida e ambientes propícios, tendo em conta que as crescentes necessidades do processo de envelhecimento populacional, exigem novas políticas de cuidado e tratamento; (iii) propõem-se investir na capacitação das pessoas idosas incentivando as possibilidades de participação plena na sociedade; (iv) reconhecem o contributo das pessoas idosas “no desenvolvimento do desempenho do seu papel de guardiães” de saberes e experiência (II Assembleia<sup>1</sup>).

### **1.1.2 ‘Novo’ Paradigma das Medidas de Política Social para as Pessoas Idosas**

Também a Declaração Política da II Assembleia, sublinha o reconhecimento do direito das pessoas idosas à plena participação na vida económica, cultural e políticas das respectivas sociedades. Na organização dos Serviços Comunitários para as pessoas idosas recomenda-se a efectivação do novo paradigma da intervenção social. Para garantir a possibilidade da plena assumpção dos direitos de cidadania também ao grupo das pessoas idosas, na organização e desenvolvimento das respostas que lhes são destinadas, estas têm que ser concebidas, numa perspectiva de *com* eliminando velho paradigma (assistencialistas) do *para*.

### **1.1.3 A Participação**

A participação, factor chave também como sentido de pertença, é referida como orientação prioritária do plano de acção, para que: (i) se promovam de forma criativa iniciativas que estimulem a actividade das pessoas idosas em contexto rural e urbano;

---

<sup>1</sup> artigo 14º, da Declaração Política

(ii) se conheçam as percepções das pessoas idosas acerca de suas capacidades, com vista a esbater ou eliminar as barreiras à participação; (iii) se tenha uma perspectiva intergeracional, na medida em que o envelhecimento é processo que envolve todas as gerações; (iv) se considere o manancial da experiência dos idosos como um recurso chave para dar continuidade aos valores culturais e à preservação das diversidades de identidades (II Assembleia, 2002).

#### **1.1.4 Modelos Europeus para o Cuidado da Pessoa Idosa**

Na Europa a estratégia de intervenção social focada neste segmento da população é diversificada. Na adopção e efectivação das políticas sociais, cada país deverá ter em conta a sua realidade cultural e social. Segundo Walker (1996) a prioridade é dada às medidas que se considere poderem ser as que pressupõem melhores garantias em termos de eficiência e eficácia.

Em qualquer dos países da CE, as políticas sociais estão ligadas às transformações sociais económicas e políticas, são origem e consequência de tensões permanentes, e derivam de concepções assistencialistas ou do maior ou menor reconhecimento de direitos de cidadania, mais próximo dos modelos universalistas (Quaresma, 1999).

Para uma melhor compreensão das políticas sociais analisar-se-ão, de modo sumário, os modelos de protecção social da dependência no âmbito da CE. Estes modelos assentam na tipologia dos respectivos sistemas de protecção e, por sua vez estes sistemas, reflectem os diferentes modelos de Estados de Bem-Estar.

Podem-se assim encontrar três grupos de sistemas claramente diferenciados que correspondem aos distintos modelos de Estado de Bem-Estar, (i) de protecção universal para todos os cidadãos, financiado através dos impostos, como é o caso dos países nórdicos e da Holanda, (ii) protecção através do sistema de Segurança Social financiado pelas contribuições/quotizações (seguro social), tendo por base o modelo bismarkiano, vigente nos países do Centro da Europa, Alemanha, Áustria e Luxemburgo, e por último, (iii) o sistema assistencial, dirigido essencialmente a cidadãos de baixos recursos, em regra financiado por transferências do orçamento dos respectivos estados, podendo ainda socorrer-se de outras fontes de financiamento com menor peso, que é fundamentalmente o modelo dos países do sul da Europa (IMSERSO, 2004).

A lógica do sistema universal, baseia-se no princípio de que cabe ao estado a satisfação das necessidades básicas dos cidadãos como direitos de cidadania, da mesma forma que

atende as necessidades educativas ou sanitárias. Baseados no princípio da cidadania garantem uma assistência social universal e gratuita, financiada pelos impostos gerais, embora os utentes participem parcialmente no seu financiamento, segundo os níveis de rendimento. Trata-se de um modelo de elevado custo. Os países que adoptaram este modelo, o caso dos países nórdicos, dedicam aos cuidados de longa duração uma percentagem do PIB que se situa entre os 2,6% e os 3%.(IMSERSO, 2004)

No sistema de protecção através da Segurança Social, (seguro social) a protecção social da dependência funciona de modo semelhante à protecção nos demais riscos sociais, desemprego, encargos familiares, pensões, sendo como tal financiado e gerido. Todos os países que adoptaram este modelo de protecção da dependência, reconhecem a natureza de direito subjectivo da prestação, independentemente da situação económica respectiva, superando a tradição assistencialista e a responsabilidade familiar nesta matéria. Aqui as prestações estão “plafonadas” o que obriga o beneficiário a participar no financiamento dos serviços recebidos. Com esta medida pretende-se introduzir elementos de contenção dos gastos. Importante neste sistema é também o facto de contemplar ajudas de vária ordem, ao cuidador. O sistema assistencial, configura-se como sistema público, financiado através de impostos, de cobertura limitada, com alcance e extensão também limitados, destinado a satisfazer as necessidades básicas de cidadãos dependentes com baixos recursos económicos. Os cuidados de longa duração dirigem-se a pessoas com recursos insuficientes, quando o maior peso da prestação dos cuidados cai ainda na família. Podem caracterizar-se como uma mistura de progressivo universalismo protector, com fortes componentes de assistencialismo e de empenho das famílias (IMSERSO, 2004).

Esquematizando, pode agrupar-se os diferentes modelos em duas grandes categorias, os modelos de natureza universal e os de natureza assistencial. As mudanças socio-demográficas orientam-se no sentido de favorecer a supressão dos sistemas assistenciais, em favor dos modelos de garantia de direitos.

A tendência geral nos países da CE, embora orientada para modelos de natureza universal, tem, no entanto (como característica comum a todos os países), a participação dos utilizadores em maior ou menor medida (IMSERSO, 2004). Um exemplo desta dinâmica é a presença de taxas moderadoras no sistema de saúde português.

Os modelos assistencialistas estão a dar lugar à universalização do direito social de protecção das diversas situações de dependência o que pressupõe que o acesso não dependa apenas da condição de recursos mas da avaliação das necessidades sociais ou de saúde. Existindo confirmação da necessidade de cuidados impõe-se como critério em que a protecção social pública cubra uma parte substancial do custo existindo, uma comparticipação do utente no financiamento do encargo.

Nos países do sul, as solidariedades informais emergem e reforçam-se. Estes países têm nas famílias o seu principal suporte, e são estas que garantem a primeira resposta nas situações pontuais de crise. Daí que o desenvolvimento de verdadeiras políticas sociais, seja mais lento e com características próprias (Walker, 1996; Quaresma, 1999).

Tanto os modelos universalistas, como os modelos de Segurança Social, orientam-se pela universalização da acção protectora fundamentados no princípio da subsidiariedade. Este princípio supõe que a resposta seja procurada no âmbito mais próximo. Só na impossibilidade da satisfação da necessidade a esse nível, a solução deverá ser procurada no patamar seguinte.

Das respostas sociais para a população idosa, o SAD é a pedra angular da atenção às pessoas idosas, e um dos pilares que serve de base aos serviços de assistência e de acção comunitária (Walker, 1996; Quaresma 1999; Rodriguez, 2000).

O SAD é a resposta social que a Comissão dos Ministros (1998) privilegia quando, tratando as questões da dependência, recomenda aos Estados Membros a prioridade da manutenção no domicílio<sup>1</sup>. A manutenção do idoso no seu ambiente será pois preocupação comum de todos os Estados comunitários. No entanto existem grandes variações entre os países da CE no que se refere a cobertura e em termos da relação auxiliar/assistido, desde 1 ajudante de acção directa por cada 5 habitações encabeçadas por uma pessoa de mais de 65 anos na Dinamarca, até um por cada 10 em França, 3 por cada 100 na Irlanda, um por cada 100 em Espanha e um por cada 200 em Portugal (Walker, 1996).

A Dinamarca, a Holanda e a Grã-Bretanha aparecem como os países com mais ampla infra-estrutura de serviços entre os países nórdicos da CE. A Dinamarca, por exemplo, tem 27000 empregados nos serviços de assistência ao domicílio (33 por cada 1000 pessoas com mais de 65 anos). Do que se conhece, só na Dinamarca se oferece um completo serviço de 24 horas. Na Alemanha só há 22.000 trabalhadores (2,4 por cada

---

<sup>1</sup> Recomendação nº. R (98) 9 da Comissão dos Ministros aos Estados Membros relativa à dependência (3.5 do Anexo à Recomendação) - Adoptada pela Comissão dos Ministros em 13 de Setembro de 1998, na 641ª reunião de Delegados dos Ministros)



1000 pessoas com mais de 65 anos de idade). No espaço da CE, os países nórdicos são considerados como modelos neste tipo de resposta. A Holanda é referida como realidade atípica. Portugal e Grécia estão em patamares semelhantes, quer em termos de modelo de gestão quer no seu curto percurso com uma cobertura, considerada muito reduzida (apenas 10%, cobrem 24/24 horas) (Walker, 1996).

### **1.1.5 O modelo português de cuidado à pessoa idosa**

*A Constituição da República Portuguesa de 1976* - A norma mais nobre do ordenamento jurídico português, a Constituição da República Portuguesa (CRP), no número 1 do seu artigo 63º., define, genericamente, que “Todos têm direito à segurança social”, enquanto no número 5 do mesmo artigo expressa que “O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público, sem carácter lucrativo, com vista à prossecução dos objectivos de solidariedade social...”. Mais objectivamente, o artigo 72º da mesma norma, sob o título Terceira Idade consagra expressamente o direito das pessoas idosas bem como o, em termos de princípios, o conteúdo da política de terceira idade. A revisão constitucional de 1992 mantém este quadro.

As grandes orientações políticas e os princípios em que assentam estão definidos. A anterior “Assistência Social” deu lugar à “Acção Social”. Esta acção é essencialmente desenvolvida por pelas instituições particulares de solidariedade social A legislação consagra as competências dos Estado junto das instituições sem fins lucrativos, da iniciativa de particulares. Reconhece a sua vocação para a prossecução dos objectivos de solidariedade social e apoia-as financeiramente mediante acordos típicos ou atípicos

#### **1.1.5.1 Cronologia do Desenvolvimento Recente, do Modelo de Acção Social em Portugal**

A partir de 1977, foram sendo dados passos significativos no sentido de assegurar um contributo necessário em ordem ao imperativo constitucional de implantação de um sistema de segurança social unificado, descentralizado e participado, através de uma nova estrutura orgânica que servisse de suporte a tal objectivo. A estrutura de participação previa órgãos a nível nacional e regional, constituídos por representantes das associações sindicais e outros trabalhadores, das autarquias e comunidades locais, das instituições particulares de solidariedade social não lucrativas e de outras entidades interessadas no sistema de segurança social (Segurança Social, 2006).

*Modelo português de Acção Social* - O actual modelo português de acção social, tem o seu momento de origem, mais marcante, em 1984. Com a publicação da Lei de Bases da Segurança Social de 1984 (Lei nº 28/84 de 14 de Agosto), a Acção Social passou a constituir um dos pilares do sistema de Segurança Social. Esta lei, define as bases em que assenta o sistema de segurança social previsto na CRP e a acção social prosseguida pelas instituições de segurança social, bem como as iniciativas particulares não lucrativas de fins análogos ao daquelas instituições.

Esta lei determina que compete às instituições de segurança social gerir os regimes e exercer a acção social destinada a completar e suprir a protecção garantida. Relativamente ao financiamento da acção social esta lei de bases consagra que a acção social é financiada fundamentalmente por transferências do Estado. Nesta lei consagra-se genericamente o apoio do Estado às Instituições Particulares de Solidariedade Social<sup>1</sup> (IPSS), sobre a base de que, na atribuição dos subsídios às IPSS, se aplicam os princípios que norteiam qualquer ajuda pública. Estes apoios são efectuados principalmente a partir dos chamados acordos de cooperação. A estrutura do modelo criado em 1984 é, na sua essência, a que na actualidade se mantêm sem mudanças substanciais.

*As Instituições Particulares de Solidariedade Social* - As IPSS são instituições, não administradas pelo Estado nem por um corpo autárquico, constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos. Caracterizam-se ainda por prosseguirem, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços, objectivos do âmbito da Segurança Social, nomeadamente, na protecção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

Estes objectivos são concretizados através de respostas de Acção Social em equipamentos e serviços bem como de parcerias em programas e projectos. Para levar a cabo os objectivos da segurança social, as IPSS podem celebrar Acordos de Cooperação com os Centros Distritais de Segurança Social, através dos quais garantem a concessão directa de prestações em equipamentos e serviços à população ou Acordos de Gestão através dos quais assumem a gestão de serviços e equipamentos pertencentes ao Estado. Além dos apoios financeiros previstos nestes acordos, que proporcionam a manutenção e

---

<sup>1</sup> D.L. nº 119/83, de 25 de Fevereiro

funcionamento de estabelecimentos de equipamento social, podem ainda ser-lhes concedidos apoio técnico específico e outros apoios financeiros destinados a investimentos na criação ou remodelação dos estabelecimentos.

É com esta matriz que se desenvolvem as acções destas instituições consubstanciadas em Misericórdias, Fundações, Centros Sociais, Associações de Solidariedade Social. Essa sua acção direcciona-se essencialmente para os grupos mais vulneráveis da população, nomeadamente infância, idosos, famílias em disfunção e indivíduos em situação ou riscos de exclusão. No entanto, o grupo dos idosos é o alvo principal da acção das IPSS, uma vez que representa metade do universo dos indivíduos destinatários das suas iniciativas e dos seus serviços (DGEEP, 2003). Para a concretização dos seus objectivos estas instituições contam, como foi referido, com o apoio financeiro público, resultante de Protocolos de Acordo bilateral com a Segurança Social. Esta forma de cooperação, pressupõe da parte das IPSS a garantia de competências técnica e de gestão, idoneidade e capacidade económica e financeira. Os protocolos de acordo obedecem às normas jurídicas que regulamentam a cooperação entre o Estado e as IPSS (Despacho Normativo nº 75/92, de 20 de Maio), consagram os direitos e deveres das partes. As instituições comprometem-se a: (i) garantir o bom funcionamento dos equipamentos ou serviços, respeitando os requisitos técnicos e de acordo com as disposições estatutárias da instituição; (ii) proceder à admissão dos utentes de acordo com o estabelecido nos estatutos, dando prioridade a pessoas ou grupos económica ou socialmente desfavorecidos; (iii) assegurar condições de bem-estar dos utentes e promovendo a sua participação na vida quotidiana do equipamento; (iv) prestar serviços adequados e eficientes; (v) assegurar recursos humanos adequados ao bom funcionamento do serviço; (vi) fornecer dados necessários aos respectivos Centros Distritais de Segurança Social (CDSS) de forma a serem avaliados quantitativa e qualitativamente, as actividades desenvolvidas; (vii) respeitar as orientações técnicas dos Organismos de Segurança Social, competentes. Por sua vez a Segurança Social, através do órgão representativo do respectivo Centro Distrital, obriga-se a: (i) garantir apoio técnico necessário à promoção da qualidade dos serviços prestados; (ii) estimular a formação técnica e a reciclagem profissional do pessoal; (iii) pagar pontual e regularmente a comparticipação financeira acordada; (iv) avaliar os serviços prestados.

*A Acção Social nas Leis de Bases da Segurança Social, Posteriores a 1984* - (i) Lei de Bases da Segurança Social nº 17/2000, de 08 de Agosto (DR, 2000); (ii) Lei de Bases da

Segurança Social nº 32/2002, de 20 de Dezembro (DR, 2002), (iii) Lei de Bases da Segurança Social nº 4/2007, de 16 de Janeiro (DR, 2007).

(i) *Lei nº 17/2000, de 08 de Agosto* – No capítulo respeitante à acção social, são referidos como seus objectivos a promoção da segurança socio-económica dos indivíduos e das famílias e o desenvolvimento e integração comunitárias dirigidos, especialmente, aos grupos de cidadãos mais vulneráveis, tais como crianças, jovens, portadores de deficiência e idosos.

Pela primeira vez, aparece uma referência expressa ao voluntariado ao concretizar que acção social deve ser conjugada com outras políticas sociais públicas, bem como ser articulada com a actividade de instituições não públicas e fomentar o voluntariado social. Nesta matéria, especifica que o estímulo do voluntariado social, tem em vista assegurar uma maior participação e envolvimento da sociedade civil na promoção do bem-estar e uma maior harmonização das respostas sociais.

Esta norma, no artigo consagrado às prestações, refere que a protecção das eventualidades do âmbito da acção social, se realiza, nomeadamente, através da concessão de utilização ou financiamento à rede de serviços e equipamentos. No que respeita ao exercício público da acção social é referido, designadamente que: a) O exercício da acção social é efectuado directamente pelo Estado, através da utilização de serviços e equipamentos públicos, ou em cooperação com as entidades cooperativas e sociais e privadas não lucrativas; b) O exercício público da acção social não prejudica o princípio da responsabilidade dos indivíduos, das famílias e das comunidades na prossecução do bem-estar social; c) O exercício da acção social rege-se pelo princípio da subsidiariedade, considerando-se prioritária a intervenção das entidades com maior relação de proximidade com os cidadãos.

ii) *Lei nº 32/2002, de 20 de Dezembro* – Esta Lei ao identificar a composição do sistema de Segurança Social, refere-se à acção social como sistema, especificando que ele abrange o sistema público de segurança social, o sistema de acção social e o sistema complementar. O princípio da subsidiariedade social é mencionado, expressamente, pela primeira vez, no âmbito dos princípios gerais do sistema de segurança social. É definido como assentando no reconhecimento do papel essencial das pessoas, das famílias e dos corpos intermédios na prossecução dos objectivos da segurança social.

Referindo-se ao desenvolvimento público da acção social, acentua que este desenvolvimento não prejudica o princípio da responsabilidade das pessoas, das famílias

e das comunidades na prossecução do bem-estar social. Concretiza que o apoio à acção social pode ser desenvolvido através de subvenções, programas de cooperação e protocolos com as instituições particulares de solidariedade. Ainda no âmbito do desenvolvimento, sublinha de forma insistente que o exercício da acção social se rege pelo princípio da subsidiariedade, considerando-se prioritária a intervenção das entidades com maior relação de proximidade com as pessoas. No artigo, dedicado às IPSS esta lei expressa, objectivamente, que as instituições particulares de solidariedade social podem ser diferenciadas positivamente nos apoios a conceder, em função das prioridades de política social e da qualidade comprovada do seu desempenho.

iii) *Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro* – O princípio da subsidiariedade continua a constituir um dos princípios gerais do sistema de segurança social. Este princípio apresenta algumas diferenças na sua formulação. É agora identificado como consistindo na responsabilidade colectiva das pessoas entre si na realização das finalidades do sistema e envolvendo o concurso do Estado no seu financiamento.

Na composição do sistema, o campo que contempla a acção social, aparece numa nova terminologia, é designado como – sistema de protecção social de cidadania – que envolve uma diferente estrutura orgânica. Assim, o sistema de protecção social de cidadania engloba o subsistema de acção social, o subsistema de solidariedade e o subsistema de protecção familiar.

Nos objectivos da acção social, não existem diferenças significativas relativamente aos contemplados nas leis anteriores.

Já no que respeita ao âmbito do desenvolvimento da acção social, verificam-se diferenças substanciais quer na sua formulação quer nos seus conteúdos, designadamente quando especifica que “acção social é desenvolvida pelo Estado, pelas autarquias e por instituições privadas sem fins lucrativos, de acordo com as prioridades e os programas definidos pelo Estado e em consonância com os princípios e linhas de orientação definidos”. Aqui são expressamente definidos os princípios e orientações a que deve obedecer a concretização da acção social, nomeadamente: (i) A intervenção prioritária das entidades mais próximas dos cidadãos, mais uma vez, numa insistência implícita ao princípio da subsidiariedade; (ii) A utilização eficiente dos serviços e equipamentos sociais, com eliminação de sobreposições, lacunas de actuação e assimetrias na disposição geográfica dos recursos envolvidos; (iii) A valorização das parcerias, constituídas por entidades públicas e particulares, para uma actuação integrada

junto das pessoas e das famílias; (iv) O estímulo do voluntariado social, num reforço da valorização desta forma de participação já expressa na lei anterior, como um direito de cidadania.

Aparece, como novidade, de forma expressa, a referência à comparticipação do utilizador (a figura do utilizador-pagador), quando admite que “a utilização de serviços e equipamentos sociais pode ser condicionada ao pagamento de comparticipações pelos respectivos destinatários, tendo em conta os seus rendimentos e os dos respectivos agregados familiares”(condição de recursos). Ainda na linha do desenvolvimento da acção social, no âmbito da intervenção local, esta lei reforça que este desenvolvimento se concretiza pelo estabelecimento de parcerias, designadamente através da rede social, envolvendo a participação e a colaboração dos diferentes organismos da administração central, das autarquias locais, de instituições públicas e das instituições particulares de solidariedade social e outras instituições privadas de reconhecido interesse público.

Estão assim estabelecidas as grandes linhas de orientação para o exercício da Acção Social bem como criados os normativos jurídicos que regulamentam a acção destas estruturas de proximidade. No entanto, apesar das normas estabelecerem, de forma objectiva as obrigações dos contraentes segundo Hespanha *et al* (2000), verificam-se incumprimentos recíprocos, nomeadamente: (i) No que respeita às obrigações da Segurança Social, a falta de orientações técnicas para aplicação das normas que regulamentam os acordos de cooperação, dá lugar a diferentes interpretações das mesmas e, conseqüentemente, a desvios no cumprimento esperado, uma vez que o acompanhamento e acção fiscalizadora escasseiam; (ii) Da parte das IPSS nem sempre as cláusulas contratadas são rigorosamente respeitadas, seja por défices de recursos humanos com competência técnica, seja por falta de esclarecimento das Direcções no que respeita ao conhecimento esclarecido das suas incumbências e poderes.

#### **1.1.5.2 Protecção Social à Dependência: O Complemento por Dependência aos Pensionistas dos Regimes de Segurança Social**

Para efeitos da atribuição deste complemento, consideram-se em situação de dependência, os pensionistas que não possam praticar com autonomia os actos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, precisando da assistência de outrem.

*Graus de dependência* - A segurança social portuguesa em termos de protecção social à dependência, especificamente, para atribuição do complemento e determinação do respectivo montante contempla dois graus de dependência, cabendo a cada situação um valor pecuniário diferenciado.

Assim o “Complemento de Primeiro Grau” é atribuído a pessoas que não possam praticar, com autonomia, os actos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: actos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal, apontado como referência, a necessidade de um dispêndio mínimo de 6 horas diárias. Por sua vez o “Complemento de Segundo Grau” é atribuído a pessoas que acumulem as situações de dependência que caracterizam o primeiro grau e se encontrem acamadas ou apresentem quadros de demência grave. Os montantes desta prestação correspondem a uma percentagem do valor da Pensão Social e variam, escalonados de acordo com o grau de dependência, do seguinte modo: (i) Pensionistas do Regime Geral, 50% para a situação de dependência do 1º grau e 90% para a situação de dependência do 2º grau; (ii) Pensionistas do Regime Especial das Actividades Agrícolas, do Regime Não Contributivo e Regimes Equiparado, 45% para a situação de dependência do 1º grau e 85% para a situação de dependência do 2º grau. A avaliação destas situações, é feita pela Segurança Social através dos Serviços de Verificação de Incapacidades do Centro Distrital da área de residência da pessoa dependente. O processo inicia-se com uma informação do médico assistente, em suporte próprio, uniformizado, que acompanha o pedido da prestação. Para esta avaliação não existe nenhum instrumento, escala ou outro, especificamente estruturados para o efeito. Existem apenas formulários no sentido de facilitar a leitura da informação aos diferentes níveis do processo de verificação. Trata-se de uma prestação do âmbito da protecção garantida, exigível, cujo processo está definido em norma jurídica, que estabelece as diferentes etapas, desde a apresentação do requerimento até à deliberação que abre o direito à efectivação da protecção.

O actual valor da pensão social é de € 177,05. Assim, estando os diferentes valores do complemento por dependência referenciados ao valor da pensão social, os respectivos valores são: i) no regime geral, o valor do complemento do 1º grau é de € 88,53 e o do 2º grau de € 159,35; ii) no regime não contributivo e nos regimes equiparados ao não contributivo, os valores são de € 79,68, para o 1º grau, e de € 150,50, para o 2º grau.

Como o próprio nome indica esta prestação é atribuída como complemento da pensão. Pretende compensar a existência de maiores encargos dos pensionistas que necessitam,

em consequência da sua situação específica, de terceiros para assegurar as necessidades básicas da vida diária. Este complemento não é atribuída, autonomamente, ao cuidador, quer se trate de pessoa singular quer seja uma Instituição a prestadora do cuidado.

O financiamento desta prestação decorre do regime a que se encontre vinculado o titular do direito. Concretizando: (i) quando atribuído a um pensionista do regime geral o financiamento de suporte é o do sistema providencial, logo as contribuições dos trabalhadores e das entidades empregadores; (ii) quando atribuído no âmbito do regime não contributivo ou equiparado a não contributivo, o seu financiamento é feito por transferências do Orçamento do Estado

O suporte jurídico que regulamenta a atribuição desta prestação é o Decreto-Lei nº 309-A/2000, de 30 de Novembro. A última actualização dos valores resulta da aplicação da Portaria nº 1357-A/2006, de 30 de Novembro, que actualizou os montantes das pensões.

## **1.2 Equipamentos Sociais/Respostas Para a População Idosa**

A organização de formas de assistência específicas direccionadas para a população idosa nasce do questionamento do envelhecimento e da necessidade de uma política consequente, em finais dos anos 60. Não se estava ainda num quadro de direitos sociais. Apresenta-se num contexto assistencialista, em que a única modalidade de intervenção então concebível, seria o alojamento colectivo (“asilos”). Esta fase acentuou os pressupostos dos estereótipos que dificultavam, e ainda dificultam, a compreensão do processo de envelhecimento. No início dos anos 70 aparecem no nosso país as primeiras iniciativas de Apoio Domiciliário (“Ajuda Doméstica”). São caracterizadas por experiências pontuais surgidas de iniciativas voluntárias em que se procura uma resposta adequada a necessidades específicas das pessoas. Só em 1976 surgem primeiros Centros de Dia. Constituíram o primeiro serviço de proximidade de apoio às necessidades básicas das pessoas idosas (Quaresma, 1999). O Serviço de Apoio Domiciliário estava previsto desde meados da década de 70, não com a configuração que hoje lhe conhecemos mas como uma sub-valência do Centro de Dia

Foi no entanto, na segunda metade da década de 80, que se efectivou a sua emancipação e esta valência foi implementada. Entre os anos de 1986 a 1995, registou uma abertura média de 75 serviços por ano. No entanto, estudos recentes confirmam que foi na segunda metade da década de 90 que os SAD se expandiram por todo o país com uma média de 122,3 novos serviços por ano (socialgest, 2005). Os serviços destas instituições



são procurados essencialmente pelos idosos maiores de 74 anos, com uma taxa de feminização de 57% (Jacob, 2004) sendo que 93% dos SAD tem acordo típico com a Segurança Social.

Os dados disponíveis revelam ainda que em termos de território nacional, o SAD, apresenta uma taxa de capacidade superior à taxa de utilização ( $UT/CAP=0,92$ ). Relativamente ao Distrito de Aveiro, regista-se a mesma tendência, com valores muito semelhantes ( $UT/CAP=0,93$ ). O Distrito que apresenta uma sobrelotação do SAD mais evidente é o de Castelo Branco ( $UT/CAP=1,14$ ) (Martin *et al.*, 2007).

### **1.2.1 Tipologia de Respostas Sociais e de Equipamentos de Suporte, em Portugal**

Em Portugal, no âmbito da Acção Social, as grandes respostas para idosos, hoje oficialmente reconhecidas pela Segurança Social, que asseguram a cobertura das suas necessidades e situação específicas, com carácter permanente, são designadamente: (i) Centros de Convívio; (ii) Centros de Dia; (iii) Centro de Noite; (iv) Serviço de Apoio Domiciliário; (v) Lares para Idosos; (vi) Residências; (vii) Acolhimento Familiar de Idosos; (viii) Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos.

(i) *Centros de Convívio*: É uma resposta social, desenvolvida num equipamento, orientada para actividades de animação social. Proporciona serviços de apoio ao desenvolvimento de actividades socio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com a participação dos próprios idosos;

(ii) *Centros de Dia*: Asseguram, em equipamento, um conjunto de serviços (refeições, convívio/ocupação, cuidados de higiene, tratamento de roupas, férias organizadas), que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio socio-familiar (socialgest, 2005);

(iii) *Centros de Noite*: Desenvolve-se em equipamento, de preferência a partir de estrutura já existente, integrando outras respostas sociais (Centro de Dia, Lar ou outra). Destinam-se a pessoas idosas que desenvolvam as actividades de vida diária de modo autónomo e proporcionam alojamento e acompanhamento, durante a noite, de idosos que por razões de isolamento e solidão não podem permanecer no domicílio. Trata-se de uma resposta de implantação muito recente em Portugal (2001), que ainda não apresenta grande expressão (Martin *et al.*, 2006).

(iv) *Serviço de Apoio Domiciliário*: Assegura a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a idosos quando, por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária.

Rodríguez (2000) define o SAD como o programa individualizado, de carácter preventivo e reabilitador, dirigido a uma pessoa idosa com algum tipo de dependência, que reside no seu domicílio, no qual são articulados um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissionais, com incidência no cuidado pessoal, cuidado da habitação, apoio psico-social e familiar, bem como a relação com o meio envolvente, prestados no domicílio de uma pessoa idosa com algum grau de dependência funcional.

Os programas de prestação de apoio domiciliário, têm como objectivo, entre outros, evitar ou retardar a institucionalização e a adaptação ambiental do contexto e contribuir para a continuidade da permanência do idoso na sua casa.

(v) *Lares de idosos*: são estabelecimentos onde são desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas, em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia, através de alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente. Fornecem alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

(vi) *Residências*: são conjuntos de apartamentos, com serviços de utilização comum, para idosos que se bastem a si próprios e possam cuidar da sua habitação. Este tipo de equipamento está ainda pouco desenvolvido em Portugal. A oferta já disponibilizada é sobretudo procurada por pessoas com algum desafogo económico. Pelas experiências conhecidas no nosso país e na vizinha Espanha (neste país já com expressão considerável), perspectiva-se como sendo a resposta social a privilegiar pelo investimento privado, que está no horizonte de grupos económicos, nacionais e não só (UNIFAI, 2005).

vii) *Acolhimento Familiar a Idosos*: Este tipo de resposta, embora orientada para os idosos não tem ainda grande expressão. Trata-se de uma resposta social que exige grande acompanhamento e avaliação por parte dos serviços responsáveis, atendendo à dificuldade de monitorização dos serviços prestados. Consiste na integração temporária ou permanente, em famílias consideradas idóneas, de pessoas idosas e/ou adultos dependentes, quando, por ausência de familiares e/ou insuficiência de outras respostas sociais, não se possam manter no seu domicílio. O Acolhimento Familiar, em Portugal, como resposta social clássica, devidamente regulamentada, no seu género, apresenta ligeiras afinidades com alguns Programas de Cuidados a Idosos Inovadores ou Alternativos referidos sobretudo em bibliografia norte-americana.

Esses programas visam, sobretudo, respostas que evitem a institucionalização, mantendo o idoso no seu meio, diferenciando-se, no entanto, de respostas clássicas disponíveis, designadamente do SAD, nos moldes tradicionais do seu funcionamento (Kann *et al.* 1993, citado por Martin *et al.*, 2006) defendem que as respostas advindas destes programas permitem modelos de serviços mais flexíveis que os disponíveis, e uma interacção explícita com o sistema informal de cuidados.

viii) *Centro de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos* (CATEI): Acolhe temporariamente idosos em situação de emergência social, com vista ao encaminhamento para a família ou para outra resposta social.

### **1.2.2 Organizações Promotoras das Respostas Sociais para a Terceira Idade**

Estas respostas sociais organizam-se em valências de Equipamentos Sociais, em regra, geridos por entidades locais, designadamente, Centros Sociais, Misericórdias, Fundações, Associações. São constituídas juridicamente como Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS).

Estes equipamentos disponibilizam uma ou mais respostas sociais que podem ser exclusivas da área da população idosa ou envolver diferentes áreas, nomeadamente, Crianças e Jovens, com ou sem dependência, Pessoas ou Famílias em Dificuldade, Deficientes. As respostas assim disponibilizadas por estes Equipamentos não são estanques, no que diz respeito a alguns dos seus recursos como também na população utilizadora de alguns dos seus Serviços. Estes são rentabilizados de modo a cobrirem necessidades de mais do que uma valência, como é o caso dos Bancos de Ajudas Técnicas, que podem servir valências das diferentes áreas.

Este tipo de instituições organiza e actua em obediência às orientações/regulamentação das entidades públicas tutelares com quem assinam protocolos de acordo. Nestes ficam são definidas as competências e responsabilidades das partes. O seu financiamento concretiza-se fundamentalmente em participações diferenciadas atribuídas pela Segurança Social, valoradas por pessoa/mês, em cada valência, sendo que os valores referentes à actualização de 2006, são:

- (i) *Centros de convívio*, € 46,01
- (ii) *Centros de Dia*, € 94,59
- (iii) *Apoio domiciliário*, € 217,81

No caso do Serviço de Apoio Domiciliário, o montante da comparticipação pressupõe a efectiva prestação de serviços considerados indispensáveis à satisfação das necessidades básicas das pessoas, respeitantes a alimentação, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas. No caso de ser prestado para além dos dias úteis, pode ser acrescido até 50%, do respectivo valor. Se não satisfizer as necessidades mínimas, pode ser reduzido até 50%, do respectivo valor.

(iv) *Lares* – Os Protocolos de Cooperação celebrados entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e as diferentes entidades gestoras de Lares de Idosos em Portugal, estabelecem que para o ano de 2006, a comparticipação nos lares de idosos é de € 320,23 por pessoa/mês (Segurança Social, 2006)

Esta comparticipação pode ser acrescida, quando aplicada a pessoas com algum grau de dependência, conforme quadro seguinte:

**Quadro 1 – Acréscimo da comparticipação em função do número de idosos com dependência**

<b>Escalão de idosos em situação de dependência (%)</b>	<b>Comparticipação financeira (€)</b>
Superior a 0 e inferior a 20	<b>399,84</b>
Igual ou superior a 20 e inferior ou igual a 40	<b>425,58</b>
Superior a 40 e inferior ou igual a 60	<b>496,76</b>
Superior a 60 e inferior ou igual a 80	<b>548,77</b>
Superior a 80	<b>565,73</b>

## **2. O Serviço de Apoio Domiciliário**

No desenvolvimento deste trabalho, ao delinear-se o perfil do SAD, será relevado o aspecto quantitativo de gestão e políticas da organização. Terão também especial atenção a extensão dos serviços e actividades e a sua adequação às necessidades efectivas dos seus destinatários. A abordagem do modo como os SAD estão organizados e de como são usados os recursos que lhe estão afectos, permitirá que se perspectivem diferentes modos de gestão. O conhecimento da incidência da procura, poderá ser cruzado com a caracterização dos utentes. Esta atitude permitirá o desenvolvimento de iniciativas e procedimentos mais ajustados às reais carências da população alvo, nomeadamente, no que respeita ao apoio às respectivas famílias.

“Ao passo que os cuidados informais continuarão a desempenhar um papel, talvez ainda dominante, os serviços formais da prestação de cuidados adquirirão muito mais importância. Os serviços de reabilitação, a ajuda doméstica, a prestação dos cuidados no domicílio, a habitação especialmente adaptada e os estabelecimentos de assistência de longa duração deverão ser substancialmente desenvolvidos (Comissão das Comunidades Europeias, 1999).

O SAD é único, no seu modo de actuação. É geralmente a resposta preferida pelos idosos. Constitui um elemento essencial de maior respeito pela dignidade e pelos anseios das pessoas idosas fragilizadas ou dependentes. Aproveita, em grande parte, as solidariedades informais (familiares, de vizinhança, de amigos), que ainda são no nosso país o grande suporte do cuidado aos idosos (Pimentel, 2000). Articula-se com estas, reconhece, valoriza e nalguns casos, desenvolve as suas potencialidades.

Sendo distinto das demais respostas, o SAD carece de novos dinamismos que o projectem para o surgimento de conteúdos menos homogéneos, mais flexíveis e diversificados (Quaresma, 1999), capazes de, mais adequadamente, satisfazer as reais necessidades da população alvo, utentes ou famílias. Confrontando-se com situações específicas e complexas, os SAD integram diferentes formas de actuação. Não há um modelo único de apoio. É necessário no entanto, que as intervenções sejam modelares.

A esfera dos cuidados domiciliários é constituída por uma vasta gama de serviços. Kane (1999) estuda a eficiência dos cuidados domiciliários e alerta para a importância do conhecimento da complexidade dos casos e da clarificação dos objectivos, para avaliar a eficácia (*effectiveness*). Os objectivos dos cuidados domiciliários devem ser pensados e planeados como uma satisfação e/ou compensação para as necessidades decorrentes da dependência dos utentes. Devem diferenciar e adequar a sua actuação marcando uma diferença na trajectória situacional de cada utente.

## **2.1 Conceito de Serviço de Apoio Domiciliário**

Rodriguez (2000), define o SAD prestado às pessoas idosas como “um programa individualizado, de carácter preventivo e reabilitador, em que se conjugam um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissionais consubstanciadas em atenção pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar e de relações com o meio prestados no domicílio de uma pessoa idosa com algum grau de dependência”. Realça o seu carácter preventivo e reabilitador, que assenta num plano individualizado.

O enfoque preventivo é realçado por Trigueros, (2006) de um modo específico. Refere que este tipo de enfoque além de tentar neutralizar situações de risco implica a intervenção pela lei dos mínimos, isto é fazer pela pessoa receptora dos cuidados apenas aquilo que ela não possa fazer por si mesma, para evitar o aumento das dependências ou mesmo a perda de faculdades.

Em IMSERSO (2004), especifica-se que o programa individualizado, será elaborado pela equipa ou pessoa com formação especializada, com a participação dos próprios potenciais utentes SAD e suas famílias que determinarão, em cada caso, o serviço ou serviços que se considera mais adequado.

Nos cuidados domiciliários os serviços de maior valia são, segundo Bishop (1999), o suporte no funcionamento do dia-a-dia em casa, a restauração, o melhoramento ou manutenção da saúde e estado funcional proporcionado no domicílio.

Quaresma (1999), sublinha que o SAD, enquanto serviço de primeira linha, deve ser concebido em função da intervenção precoce, na base da flexibilidade e da intersectorialidade necessárias, garantindo assim uma acção preventiva de inestimável importância na autonomia das pessoas idosas, em especial das pessoas muito idosas. O SAD evita ou retarda a institucionalização. Visa a manutenção do idoso no seu ambiente, junto dos seus familiares vizinhos e amigos, podendo englobar pessoas com dependência. Apoia e presta cuidados formais e informais, no domicílio. Os projectos desenvolvem-se tendo em vista, nomeadamente: o alargamento da cobertura existente; a extensão do apoio à totalidade das 24 horas; a melhoria da qualidade dos serviços prestados; a adequação do ambiente domiciliário às necessidades das pessoas idosas (Sampaio, 1999).

Entende-se por Ajuda Domiciliárias “o serviço que se presta no seu próprio domicílio ou fora dele, aos beneficiários ou em algum caso aos seus familiares com os meios técnicos materiais ou pessoais adequados”<sup>1</sup> (IMSERSO, 1994), “A ajuda no domicílio tem como objectivo a prestação de uma série de serviços aos indivíduos ou famílias no seu domicílio quando se encontram em situações em que não é possível a realização das actividades básicas e em situações de conflitos psico-familiares para com algum dos seus membros”<sup>2</sup> (IMSERSO, 1994).

O SAD não exime as famílias das suas responsabilidades, e deve promover a sua participação (Trigueros, 2006).

---

<sup>1</sup> Definição proposta na investigação sobre ajuda no domicílio, realizada pela FEMP, 1990 (IMSERSO)

<sup>2</sup> Definição incluída nos convénios do Plano Concertado (IMSERSO)

É uma prestação comunitária inserida numa política geral de serviços sociais, de carácter complementar e transitório, que através de pessoal qualificado e supervisionado, presta ajuda a famílias e pessoas isoladas com dificuldades para manter ou recuperar o seu bem-estar físico, social e psicológico, proporcionando-lhes a possibilidade de continuar no seu meio natural enquanto isto seja possível e conveniente (Chacon, 1994, citado em IMSERSO, 1994)

Nas diversas definições de SAD há uma matriz comum. A partir dessa, cada uma acentua ou acrescenta um aspecto particular. A ênfase dada a algumas componentes das diferentes formulações do conceito de SAD, marcam a importância que cada autor atribui à forma como se processa esta resposta social e os pontos fulcrais a ter em conta no seu desenvolvimento.

### **2.1.1 Permanência no Domicílio**

O domicílio, a sua casa, é o lugar de eleição das pessoas idosas, e esse pressuposto fundamenta e constitui o objectivo geral do SAD. No conceito de envelhecer em casa deve incluir-se tanto as pessoas como o espaço residencial (Callahan, 1993, citado por Perez *et al*, 2002)

A casa constitui-se como o lugar que mais prende as pessoas idosas porque é onde passam mais tempo, onde residem a maior parte das suas recordações e dos laços que as ligam. Na referência à casa está implícito o espaço habitacional e este não se confina à casa, integra também o espaço residencial no seu conjunto, o bairro e a vizinhança. O termo “casa” tem um significado de apego emocional com uma conotação de refúgio e de segurança (Perez *et al*, 2002).

Na Carta Social Europeia (revisão de 1996)<sup>1</sup>, as partes comprometem-se a promover medidas tendentes a permitir às pessoas idosas escolher livremente o seu modo de vida e desenvolver uma existência independente no seu meio habitual tanto tempo quanto o desejam e seja possível.

O Conselho da Europa, sublinha que um habitat adequado e um ambiente agradável influenciam a vida de todas as gerações mas que para as pessoas idosas é particularmente importante porque este está no centro de toda a sua vida. Para as pessoas idosas é o último símbolo da fase anterior, enquanto fase mais activa da vida. As

---

<sup>1</sup> Artigo 23º

políticas nacionais de habitat deveriam ter como objectivo permitir às pessoas muito idosas viver no seu domicílio tanto tempo quanto o desejarem.

O domicílio como espaço de vivência habitual, no seu interior como no espaço envolvente, remete o idoso para as suas memórias permite-lhe recriar as pequenas histórias ou os momentos mais marcantes de que foi palco ao longo da sua vida. A sua casa reforça o sentido de segurança e de algum poder prevenindo ou evitando os riscos de desorientação espacial. Todas estas referências complementadas com a observação ou escuta das rotinas da vizinhança com os próprios sons da natureza ou do meio envolvente aliadas à possibilidade de manter os seus rituais, constituem marcos de orientação temporal (Bernardo, 1996).

Ao conceito de casa e domicílio estão, ainda hoje, associados sentimentos de amor, pertença, individualidade e de poder. É daí que sobretudo para a pessoa idosa, emergem cenários do seu quotidiano remoto ou mais recente, evocações de dor, de felicidade, de conflito, de encontro e de partilha. O SAD, enquanto promove a autonomia da pessoa cuidada, reforça e facilita a interacção com os familiares amigos e vizinhos. Na medida em apoia a família ou o cuidador informal e os liberta de algumas tarefas aplanar alguns riscos de tensão disponibilizando tempo para a relação. Associado à perspectiva de lar (instituição) estão sentimentos de exclusão, de abandono de fim de vida (Stone, 2001). É nesta perspectiva que todos os serviços integrados no SAD como resposta social, convergem. Procuram criar ou favorecer meios que permitam a permanência da pessoa idosa no seu espaço habitual, no lugar que melhor se ajusta ao seu conceito de bem-estar.

### **2.1.2 Promoção da Autonomia**

Rodriguez (2000) sublinha o carácter preventivo e reabilitador do SAD. Por um lado, procurando prevenir carências susceptíveis de aumentar o risco de perda de autonomia, nomeadamente: (i) implementando hábitos saudáveis no que respeita à higiene e à alimentação; (ii) prevenindo quedas ou acidentes domésticos, removendo obstáculos ou uso de produtos susceptíveis de condicionar a segurança da locomoção; (iii) promovendo o reforço dos vínculos familiares. Por outro lado, pretende-se recuperar capacidades funcionais perdidas ou diminuídas, mediante o treino para as actividades da vida diária, tais como vestir-se, usar as instalações sanitárias, andar, tomar as refeições, cuidar da própria higiene pessoal, fazer as tarefas domésticas. Ao mesmo tempo procura-



se estimular a capacidade da pessoa idosa para a comunicação com o exterior, para a sua participação em actividades lúdicas e recreativas.

### **2.1.3 Programa Individualizado**

Individualizar o plano do cuidado, é programá-lo à medida do seu destinatário (Rodríguez, 2000). O plano, será elaborado por pessoa com formação especializada, com a participação do utente e de seus familiares. Será um plano de vida, com carácter preventivo e reabilitador assente numa história de vida, dotado de flexibilidade que permita a sua reformulação (Rodríguez, 2000). Para cada receptor do cuidado a prestar pelo SAD deverá realizar-se um programa individual de atenção, onde se fará constar os objectivos da intervenção que se inicia, tanto a nível individual como familiar ou social. Aí deverão ser identificadas as tarefas concretas nas quais os profissionais de acção directa ocuparão o seu tempo, fazendo a distinção entre actividades básicas e instrumentais da vida diária, atenções de carácter psicossocial, de convivência, formativas e preventivas. É muito importante que o Ajudante a Acção Directa, como o receptor dos cuidados e o cuidador informal, seja este familiar ou outro, conheçam os objectivos estabelecidos no plano individualizado de cuidados e que tenham em conta que a presença no domicílio do utente não deve reduzir-se ao tempo necessário à realização das actividades domésticas. Na medida do possível, importa procurar oportunidades para o exercício das funcionalidades que se pretende reabilitar estimulando o utente para uma atitude tão activa quanto possível (IMSERSO, 1998).

### **2.1.4 Intervenção Profissionalizada**

No seu modo de actuação o SAD, conjuga serviços e técnicas profissionais. As intervenções do SAD, obedecem a um programa pré-estabelecido, com objectivos e metas definidos. As intervenções nas suas diferentes componentes serão supervisionadas e avaliadas periodicamente por profissionais com formação adequada, proporcionando oportunidade para a sua reformulação sempre que se mostre necessária. São serviços e técnicas profissionais uma vez que se pressupõe que a cada prestador do cuidado, tenha sido proporcionada formação adequada que lhe permita o desempenho do seu trabalho com zelo sentido de responsabilidade. Trata-se de um trabalho que constitui uma profissão cujo exercício gera direito a remuneração, por isso diferente do serviço prestado por voluntários ou mesmo do serviço social obrigatório prestado por pessoas

com estatuto de objectores de consciência. (Rodriguez, 2000). Em área de competências profissionais, a formação apresenta-se com importância fundamental para a intervenção de qualidade que se pretende. A necessidade de formação é sentida e manifestada pela maioria dos profissionais desta área de actividade e é vital ao nível do pessoal básico. A maioria dos profissionais SAD com experiência, é de opinião as ajudantes de acção directa deviam receber formação acreditada para o exercício das suas funções profissionais. Essa necessidade é sentida nomeadamente, em matérias respeitantes a “técnicas de comunicação”, “escuta activa” e “relação de ajuda” (IMSERSO, 1998).

A Gerontologia Social, como área de formação especializada é ainda recente. A formação em Gerontologia Social, fundamenta-se no capital de conhecimento científico sobre o envelhecimento, mas não pode deixar de integrar o capital da experiência dos profissionais que trabalham neste sector (Quaresma, 2002).

Os serviços de apoio aos idosos estão, normalmente, sob a coordenação de técnicos sem formação específica na área da geriatria/gerontologia (Sousa *et al*, 2004).

Ballesteros (2000) refere-se conceptualmente a algumas qualidades e competências do gerontólogo necessárias ao trabalho com pessoas idosas em geral, nomeadamente, empatia, gentileza, autenticidade, respeito, sentido de humor, qualidades pedagógicas, profissionalismo, pertinência, flexibilidade, linguagem adequada, capacidade de escuta, capacidade de síntese e também conhecimentos de estratégias assertivas e de manejo de situações familiares favorecedoras de boas relações interpessoais.

## **2.2 Objectivo Geral do Serviço de Apoio Domiciliário**

De um modo geral, os programas de cuidados para a população idosa têm como objectivo principal manter o indivíduo no meio que escolheu, normalmente no seu meio habitual (Emlet & Crabtree, 1996; Nolan *et al.*, 2001). O objectivo básico do SAD, é incrementar a autonomia pessoal no meio habitual de vida do receptor do cuidado. Este incremento constitui assim o primeiro objectivo do cuidado domiciliário, pretende desenvolver ao máximo as capacidades da pessoa idosa continuar a gerir a sua própria vida, ainda que se trate de alguém que é e continua a ser dependente para determinadas actividades (Rodriguez, 2002). O SAD está baseado em princípios de desinstitucionalização e de integração social (Trigueros, 2006).

### **2.3 Objectivos Específicos do Serviço de Apoio Domiciliário**

Relativamente aos objectivos fundamentais, específicos do SAD, destacam-se os seguintes: (i) promover e incrementar a autonomia da pessoa idosa, para que possa permanecer na sua casa o maior tempo possível; (ii) estimular a mudança de atitudes e comportamentos na pessoa idosa tendentes a melhorar a sua qualidade de vida; (iii) facilitar a realização de tarefas e actividades que não possa realizar por si só, sem interferir na sua capacidade de decisão; (iv) fomentar o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis (alimentação, higiene, exercício físico); v) adequar a habitação às necessidades da pessoa idosa que nela reside, mediante reparações, adaptações e/ou instalação de ajudas técnicas; (vi) potenciar o desenvolvimento de actividades na própria casa e no meio envolvente tendo em conta as reais possibilidades da pessoa idosa; (vii) reforçar a segurança pessoal; (viii) promover as relações sociais, estimulando a comunicação com o exterior minorando problemas de isolamento e de solidão; (ix) melhorar o equilíbrio pessoal da pessoa idosa, de sua família e do próprio ambiente, mediante o reforço dos vínculos familiares, de vizinhança e de amizade; (x) favorecer a prevalência de sentimentos positivos perante a vida, afastando atitudes auto-compassivas ou mesmo vitimistas (Rodrigues, 2000).

### **2.4 O Serviço de Apoio Domiciliário no Ordenamento Jurídico Português**

Em diploma autónomo<sup>1</sup> constam as normas que regulam as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário. O SAD é definido como a resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as actividades da vida diária. São objectivos gerais do SAD expressamente estabelecidos neste normativo, nomeadamente: (i) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; (ii) prevenir situações de dependência e promover a autonomia; (iii) prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias de modo a contribuir para o seu bem-estar; (iv) apoiar os indivíduos e famílias na satisfação de necessidades básicas e apoiá-los nas actividades de vida diária; (v) assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde.

---

<sup>1</sup> Despacho Normativo n.º 62/99, de 29 de Setembro

Para a efectivação dos objectivos enunciados é recomendado um conjunto diversificado de serviços adequado às necessidades individuais dos destinatários, nomeadamente: (i) cuidados de higiene e conforto pessoal; (ii) colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde; (iii) manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar; (iv) confecção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do SAD; (v) acompanhamento das refeições; (vi) tratamento de roupas, se associado a outro tipo de serviço do SAD; (vii) disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades. Está ainda previsto que o SAD possa apoiar actividades instrumentais da vida diária, designadamente: (i) acompanhamento do utente nas suas deslocações ao exterior; (ii) aquisição de bens e serviços; (iv) orientação ou acompanhamento de pequenas obras no domicílio na procura de maior conforto e segurança para o utente; (vi) apoio em situações de emergência, designadamente informando e promovendo as necessárias diligências para a instalação do Serviço de Tele-alarme (Despacho Normativo 62/99).

Em Portugal, o enquadramento legal evidencia em primeiro lugar que o SAD é tutelado pelo sistema público da Segurança Social no quadro da sua acção social e não de outros Serviços, sejam do área da saúde ou do poder local. Em segundo lugar, o enquadramento legal da SAD é de criação recente (ver Despacho Normativo, nº 62/99 de 29 de Setembro) pelo que a instalação de numerosas estruturas foi feita sem as exigências estabelecidas na legislação hoje aplicável. Em terceiro lugar, o enquadramento do SAD dá uma forte importância aos aspectos físicos dos equipamentos o que pode estar relacionado ou com influência do enquadramento legal de outros equipamentos (Lares ou Centros de Dia) e/ou ainda por causa da existência do serviço de refeições confeccionadas nas instalações do equipamento.

## **2.5 Pressupostos do Serviço de Apoio Domiciliário**

### **2.5.1 Heterogeneidade**

O SAD, não se esgota numa mera alternativa à institucionalização. Inicia o esbater de preconceitos e estigmas relativamente à população idosa. Fundamenta-se no conhecimento das questões relativas ao envelhecimento individual e colectivo, (i)

substitui o conceito de perdas, pelo da diminuição; (ii) permite tomar consciência de que o grupo das pessoas idosas é mais heterogéneo e que o aumento da idade acentua a heterogeneidade; (iii) proporciona a identificação das necessidades específicas; (iv) abre caminho à definição de políticas com objectivos claros; (v) tem em conta a necessidade da diferenciação; (vi) exige a adopção e a efectivação de medidas condizentes com os objectivos; (vii) considera e ajusta-se aos dinamismos gerados pelo avanço da técnica e do conhecimento científico e pela evolução das sociedades; (viii) avalia e reformula a medidas em termos de garantia de direitos; (i) investe na personalização da qualidade de vida (Quaresma, 1999)

### **2.5.2 Contextualização**

A intervenção social, qualquer que seja a sua forma, é condicionada directamente pelas transformações sociais, económicas e políticas. Estas transformações originam tensões, que determinam as escolhas em termos de medidas de política social (Quaresma, 1999). Daí que, estruturalmente, a planificação dos SAD, não possa ter um *continuum* no modo de actuação. Constitui constrangimento, que é ao mesmo tempo desafio, a impossibilidade de uniformizar a aplicação das medidas, mesmo quando os objectivos são idênticos. Como intervenção específica que se processa no âmbito da intimidade e do espaço privado individual, tem que ter presente a diversidade de contextos com que vai conviver, designadamente: (i) Hábitos pessoais; (ii) Hábitos comunitários; (iii) Educação; (iv) Cultura; (v) Nível de instrução; (vi) Espiritualidade/anseios/expectativas; (vii) Religiosidade/crenças; (viii) Ambiente familiar; (ix) Condições habitacionais; (x) Meio envolvente (Rural/Urbano); (xi) Meio climático; (xii) Diversidade de carências.

### **2.5.3 Intersectorialidade**

À heterogeneidade das necessidades está intrinsecamente ligado o pressuposto da intersectorialidade. Segundo Quaresma (1999) o SAD enquanto serviço que atende situações de maior complexidade e dependência terá de se organizar na base de uma sólida intersectorialidade. Uma política de apoio domiciliário cimentada na política da velhice, será certamente uma política intersectorial orientada para a diversificação de serviços de qualidade e com qualidade, adequados à heterogeneidade das situações. Diz ainda que a aposta em medidas de política social orientadas predominantemente para remediar situações de grande precariedade, é uma política de alto risco. A diversidade das

situações, reclama respostas adequadas. Um plano de cuidados<sup>1</sup>, instrumento base do SAD, pressupõe um plano de vida. Este plano centra-se na pessoa global (Trigueros, 2006) no seu todo bio-físico-psico-socio-espiritual. A história de vida de cada pessoa na sua circunstância, terá que ser tida em conta a par das suas condições de saúde e das características pessoais.

A entidade que garante, em apoio directo (SAD), a satisfação das necessidades básicas, ao fazer o diagnóstico social encetará o conhecimento da história de vida da pessoa a cuidar. Na elaboração do plano individualizado de cuidados, considerará personalizadas cada necessidade (Rodriguez, 2000). A situação específica determinará a definição dos respectivos objectivos (animação, promoção da autonomia, reabilitação, apoio psíquico, necessidades espirituais e religiosas). Trabalhar com pessoas requer que se vislumbre para além do que é observável, requer que se tenha uma visão ampla capaz entender que todo o fenómeno humano é bio-psico-socio-cultural que integra diferentes níveis (Trigueros, 2006).

Um dos urgentes desafios com que se confrontam as entidades prestadoras de cuidados é o de responder às necessidades afectivas e relacionais dos idosos. O voluntariado é hoje tido como o serviço/sector privilegiado, sobretudo na vertente relacional. As pessoas voluntárias não podem realizar as tarefas reservadas a profissionais senão as consideradas complementar (Rodriguez, 2000).

A falta de meios estimula a imaginação e criatividade. O investimento nas potencialidades locais constituídas por, diferentes parcerias, famílias e voluntários, têm baixos custos económicos. No âmbito do SAD, cabe às instituições promover e organizar esta resposta.

#### **2.5.4 Oportunidade/Prioridade**

Mais do que noutra resposta no SAD, a precocidade da intervenção é factor de eficácia. Ainda Quaresma (1999) sublinha que enquanto serviço de primeira linha deve ser concebido em função da intervenção precoce, na base da flexibilidade e da intersectorialidade necessárias, garantindo assim uma acção preventiva de inestimável importância na valorização da autonomia das pessoas idosas, em especial das muito idosas. Segundo estudos sociológicos realizados (IMSESO, 1995, citado por Rodriguez, 2000), a generalidade das pessoas idosas temem mais que nenhuma outra coisa, perder a

---

<sup>1</sup> N.º 3, da norma IV, do Despacho Normativo n.º 62/99, de 29 de Setembro

independência funcional não poderem bastar-se a si mesmas na realização das actividades da vida diária, passar a depender dos outros. Quando surgem os primeiros sintomas deve intervir-se de imediato com a prestação de cuidados do SAD, uma vez que as pessoas idosas também maioritariamente manifestam preferência por viver na sua casa enquanto for possível.

Para definir prioridades é fundamental identificar os problemas das pessoas idosas, (DGAS, 1998). Pela sua mais comum incidência podemos centrá-los em três eixos, (i) isolamento, solidão e perda/défice de autonomia; (ii) problemas de saúde; (iii) problemas financeiros. Estes embora pouco correlacionados, estão quase sempre na origem da precariedade do estatuto social, nomeadamente no interior da família e/ou da comunidade. Numa visão ampla e preventiva das políticas sociais orientadas para a população idosa, também Pimentel (2000), preconiza a necessidade de se perspectivarem estratégias de intervenção precoce junto daquela faixa da população que enquadrando-se, pela idade, no conceito de idoso, não manifesta ainda a tradicional imagem preconcebida do idoso reformado. Desta forma pretende-se preservar ou mesmo renovar, muitas das suas capacidades e potencialidades.

## **2.6 Perspectivas Futuras do Serviço de Apoio Domiciliário: A Substituição**

### **Temporal do Cuidador Informal e o Assegurar o Cuidado em *Continuum***

Na bibliografia de suporte ao desenvolvimento deste trabalho são frequentes as palavras inovar, formar, integrar, dinamizar, flexibilizar, adequar. Quaresma (1999) acentua que os SAD, constituem um dos eixos da política de equipamentos e serviços no âmbito das pessoas idosas, enquanto serviços de primeira linha. Sublinha que o seu desenvolvimento exige articulação com outras medidas devendo ser definidos objectivos específicos, fundamentação dos mesmos, metas a atingir, horizonte temporal e recursos a mobilizar e metodologias a utilizar. Defende que não pode haver um SAD de modelo único, ele deve evoluir em função das mudanças, respondendo a situações específicas e complexas, alertando para a necessidade das intervenções serem modelares.

A prestação de cuidados no domicílio apresenta-se como a forma mais humanizada de resposta mas exige o estabelecimento de redes de apoio integrado que garantam a efectiva continuidade dos cuidados necessários. Quanto mais diversificada for a gama dos serviços oferecidos, maior é a possibilidade de escolha de um serviço mais adequado

a cada situação, contribuindo para o equilíbrio físico, emocional e social do indivíduo e da sua família (Silva & Ribeiro, 1999).

Assim sendo, duas dinâmicas do sistema de cuidados com reflexo na gestão de programas de SAD podem ser perspectivadas, nomeadamente, a substituição temporal do cuidador informal e a garantia do contínuo do cuidado.

### **2.6.1 Substituição Temporária do Cuidador Informal (Alívio ao Cuidador)**

A prestação de cuidados a um familiar idoso, nomeadamente cônjuge ou progenitores, é uma tarefa que, a longo prazo, acarreta consequências físicas, psicológicas e sociais, condicionando a gestão do tempo, interferindo nas obrigações laborais, familiares, podendo resultar em sobrecarga do cuidador informal (Martin *et al*, 2006). Os programas de alívio para cuidadores consistem na prestação temporária de serviços personalizados a idosos, com limitações físicas ou mentais (Wacker *et al*, 1998 citado por Martin *et al*, 2006) que podem ser domiciliários ou comunitários. Na bibliografia consultada, aparece também como serviço (Servicio de Respiro Familiar)<sup>1</sup> integrado no Serviço de Apoio Domiciliário com o objectivo de permitir aos cuidadores principais de pessoas dependentes o descanso do seu papel de cuidador, favorecendo a estabilidade das relações sociais e familiares, sem prejuízo da garantia da adequada atenção à pessoa em situação de dependência, mediante a substituição ou temporária por pessoal qualificado. Ainda que os idosos sejam o alvo principal destes programas, é também seu objectivo libertar os cuidadores para que possam dispor de tempo para si.

Na investigação acerca dos serviços de alívio ao cuidador existe um problema de ambiguidade conceptual (George, 2004, citado por Martin *et al*, 2006). O conceito de programas de alívio para cuidadores é definido através de diferentes investigações, sendo operacionalizado como um serviço de apoio domiciliário, um período de internamento breve, assim como pela utilização dum centro de dia.

### **2.6.2 Modelo de Continuidade**

Consiste numa perspectiva do sistema de cuidados direccionado para o cliente, composto por vários serviços, que orienta e encaminha os seus utentes ao longo do tempo integrando diferentes tipos de intervenção de ordem geral, saúde, saúde mental e serviços sociais, englobando vários níveis de intensidade de cuidados (Evashwick,

---

<sup>1</sup> [www.aytoburgos.es/](http://www.aytoburgos.es/)



2005). Os serviços são configurados de acordo com as características específicas de um grupo de indivíduos. Pode definir-se como uma linha de cuidados formais ou informais, com enfoque em indivíduos com baixos níveis de funcionalidade por um longo período de tempo, com o objectivo de promover e maximizar a sua autonomia. Esta forma dinâmica do cuidado abarca situações crónicas ou agudas que dela necessitem para a sua recuperação. A especificidade e consequente dispersão dos serviços de longo prazo, justificada pela diversidade das situações que deles necessitam (recuperação de AVC's, deficiências causadas por acidentes, doenças cuja convalescença exige cuidados complexos, problemas de saúde agravados pelo factor envelhecimento, doenças mentais, doenças crónicas), constitui-se em desafio para criação de organizações de cuidados integrados em *continuum*. As maiores dificuldades deste modo de cuidado situam-se no seu planeamento e gestão, como consequência das diferenças entre os serviços, em termos operativos.

Em síntese, o SAD é um serviço que pela suas características de flexibilidade e de personalização, do tipo e da intensidade de cuidado, terá que ter o papel central do sistema de cuidados preterindo as respostas institucionalizantes.



---

## **CAPÍTULO II**

### **OBJECTIVOS E METODOLOGIA**

---



## **1. Natureza e Objectivos do Estudo Empírico**

Este estudo de carácter exploratório, situa-se na área dos serviços sociais e, nesta, na organização prestadora dos serviços do SAD. Trata-se do desenvolvimento de um trabalho que utiliza o método de estudo de caso (Stake, 2005), com duas peculiaridades. A primeira, é a de utilizar um tipo de amostragem característico das abordagens quantitativas, com a intenção de obter amostras representativas. A segunda, é a de utilizar uma grelha de recolha de dados que poderia ser considerada mais apropriada para ser analisada do ponto de vista estatístico, descritivo ou inferencial.

Partiu-se do princípio de que a organização de SAD pode estar dependente do contexto territorial (rural/urbano) e da dimensão da instituição, em termos de capacidade. Por isso a opção por este tipo de amostragem.

É objectivo deste trabalho, identificar a dinâmica organizacional que permite explicar e especificar os serviços que a instituição disponibiliza, com dois tipos de variáveis. (i) os recursos; (ii) as tarefas que concretizam a prestação do cuidado. Os utentes, neste contexto, são considerados como uma variável organizacional.

## **2. Metodologia**

### **2.1 A Amostra**

A amostra sobre a qual incidiu a presente investigação, foi colhida no grupo de instituições com a valência SAD (num total de 126), dentro dos 333 equipamentos com valências para idosos, localizados no distrito de Aveiro. A opção pelo Distrito de Aveiro deve-se a razões de proximidade aliados ao facto de se tratar de espaço territorial considerado de interesse pelos seus contextos (urbano/rural; litoral/interior) e pela sua diversidade cultural e social que engloba.

A obtenção da amostra foi feita pelo método de amostragem aleatória por quotas, no universo das referidas instituições promotoras do SAD, com critérios de: (i) Dimensão do SAD, considerada em termos de capacidade, grande/pequeno; (ii) Contexto territorial, urbano/rural.

A dimensão de cada SAD foi recolhida da Carta Social, nos dados disponíveis respeitantes a 2004, últimos disponibilizados à data da respectiva pesquisa. A partir da capacidade de cada SAD foi feita a mediana do número de utentes. Sendo de 25 a mediana de capacidade, foram os SAD agrupados em: i) Pequenos, os de capacidade até 25; ii) Grandes, os de capacidade superior a 25.

Aleatoriamente, foram seleccionados 8 equipamentos com SAD, assim distribuídos:

## Quadro 2 – Raiz da amostra

Espç.Territ/Capacidade	Nº de Equipamentos SAD no Distrito de Aveiro	Amostra aleatória por quotas	Código de Identificação Equipamento (*)
Urbano Grande	52	2	D1 D2
Urbano Pequeno	65	2	C1 C2
Rural Grande	02	2	B1 B2
Rural Pequeno	07	2	A1 A2
Totais	126	8	

(\*) Os nomes reais das Instituições-alvo, constitutivos da amostra, foram substituídos por códigos para garantir o seu anonimato.

## 2.2 Instrumentos

### 2.2.1 ProtSAD v.1

Para a recolha de dados, foi concebido a aplicado um Protocolo de Avaliação (*ProtSAD* v.1-Cunha, C.; Oliveira, L.; Martin, I., 2006) que procura retratar o contexto de cada Serviço e caracterizar as instituições gestoras dos SAD. Este instrumento, na sua versão provisória, foi testado numa instituição-piloto, com a colaboração da respectiva Técnica, responsável pela valência. A partir daí, beneficiou de alguns ajustamentos, incluindo a integração de novas variáveis que pareceram pertinentes, designadamente: (i) outras valências do equipamento; (ii) condições de funcionamento do SAD; (Rodrigues & Sanchez, 2000) (iii) introdução de outros serviços complementares, no quadro de “Serviços e Actividades Disponíveis”; (iv) parcerias; (v) sub-financiamento (aqui, apenas adequação da terminologia utilizada); (vi) alteração do quadro das habilitações literárias das Ajudantes de Acção Directa.

O protocolo foi concebido, de modo a constituir uma ferramenta relativamente leve, que se pretendeu de fácil manuseio para qualquer interveniente, com vista sobretudo, a servir de instrumento de auto-avaliação e análise às técnicas e/ou equipas responsáveis pela valência, dentro das respectivas instituições.

Para agilizar a sua aplicação e garantir objectividade e uniformidade na interpretação das questões, pelas diferentes equipas de prestadoras do cuidado que procederam à recolha

de alguns dados biográficos, foram criados sub-suportes individuais de apoio ao *ProtSAD v.1*. Na concepção desses suportes coadjuvantes houve o cuidado de os encimar por um destacável, contendo espaço para o nome do utente seguido de um número. O mesmo número, foi transposto para no corpo principal de cada suporte e cada um assinado legivelmente pela Ajudante de Acção Directa, competente. Deste modo pretendeu-se garantir a confidencialidade dos dados pessoais sem descurar a responsabilização pelo rigor do trabalho efectuado.

As 8 instituições promotoras de SAD constitutivas da amostra, foram inquiridas através do *ProtSAD v.1*, relativamente a:

#### **2.2.1.1 Dados de Identificação**

Sob este título, pretendeu-se a identificação objectiva, da instituição promotora do SAD, através de nome, enquadramento jurídico, anos de existência da instituição e anos de existência da valência SAD, dependência orgânica, contexto territorial, capacidade, lotação e horário de cobertura. A caracterização contemplou outras vertentes, agrupadas em 4 blocos: (i) *informações gerais*, focando a modalidade de gestão, centro de custos, Direcção, equipa multidisciplinar de técnicos, voluntariado e existência de guias-programas orientadores dos diferentes grupos de potenciais destinatários (profissionais, voluntários e utentes; (ii) *Condições de funcionamento*, contemplando o tipo de cobertura (semanal e diária), plano de cuidados individualizado, modalidade da prestação do cuidado em termos de continuidade ou rotatividade das equipas, informação dos utentes relativas aos eventos/serviços/actividades do seu interesse, formas dos contratos de prestação dos cuidados, existência de processo actualizado e respectivos registos de avaliação e supervisão; (iii) *Serviços e actividades disponibilizados*, seu elenco, aos níveis das actividades básicas, cuidados de saúde, serviços especializados, apoio instrumental e serviços complementares; (iv) *Reclamações e queixas dos utentes*, identificando o veículo das mesmas, competências para a sua análise e decisão e ainda a descrição sumária da última queixa recebida e o percurso do respectivo tratamento.

#### **2.2.1.2 Gestão de dados**

O *ProtSAD v.1*, inclui neste tema, o que se relaciona a gestão do processos de candidatura/admissão dos utentes, assim como da forma de tratamento da lista de espera

quando e onde existe, designadamente: (i) *Critérios de admissão: preferência/exclusão*; (ii) *Lista de espera SAD*; (iii) *Gestão da lista de espera do SAD*.

#### **2.2.1.3 Financiamento da valência SAD**

Os dados caracterizadores das receitas que suportam o custo da prestação do SAD e das eventualidades que podem comprometer o equilíbrio financeiro da própria valência, são aqui apresentados, em dois grupos: (i) *Fontes de financiamento*, como sejam, rendimentos próprios da Organização e comparticipações dos utentes, da Segurança Social, das Autarquias, da comunidade local e/ou outras; (ii) *Sub-financiamento*, onde se tipificam situações susceptíveis de interferir na estabilidade orçamental do SAD, tais como, insuficiência ou ausência de comparticipações cobradas a utentes, quebra imprevista do número de utentes, aumentos inesperados de custos orçamentados, créditos mal parados, incumprimentos e atrasos.

#### **2.2.1.4 Caracterização dos profissionais do SAD.**

A caracterização de recursos humanos afectos ao SAD, é aqui agrupada, como: (i) *Categorias e número de elementos/regime de trabalho*, onde se identificam e se quantificam as categorias profissionais (pessoal administrativo e de manutenção e pessoal especializado) e se especifica o regime de trabalho (tempo inteiro, tempo parcial ou avençado); (ii) *Ajudantes de Acção Directa, afectas ao SAD*, com menção das habilitações literárias e da formação em áreas relacionadas com as pessoas idosas e/ou com o respectivo cuidado/acompanhamento.

#### **2.2.1.5 Caracterização dos voluntários do SAD**

Neste grupo pretende-se conhecer: (i) *Existência de voluntários e sua quantificação*; (ii) *Tipo de tarefas/funções* que desempenham; (iii) *Processo de candidaturas* e critérios de selecção; (iv) *Programas de formação*.

#### **2.2.1.6 Caracterização dos utentes do SAD**

Embora o objectivo deste estudo tenha o seu enfoque na organização e gestão dos recursos, para um correcto planeamento, maximização da eficácia e garantia da melhor eficiência possível, é indispensável ter como referência “que SAD, para quem”. Daí a necessidade de conhecer um pouco da história de vida, das pessoas destinatárias do



cuidado, nalgumas das suas características mais objectivas, dentro dos cinco grupos seguintes: (i) *Características biográficas*, nomeadamente, género, grupo etário, local de residência (dentro/fora da Freguesia ou do Concelho), estado civil, nível de instrução e profissão/ocupação enquanto activos; (ii) *Características socio-económicas*, no que respeita a proveniência dos respectivos rendimentos, tempo de vinculação ao SAD e razões para as dispensas do SAD, registadas no último ano civil; (iii) Capacidades funcionais, referenciadas às actividades da vida diária e grau de ajuda/dependência (sem necessidade de qualquer ajuda, necessitando de alguma ajuda ou com dependência total); (iv) Estado de saúde/limitações manifestas, percebidas ou observáveis, como sejam medicação, e sua quantificação em diversidade (vista, ouvido, orientação no tempo), recurso extra-rotina a Serviços/Estabelecimentos de Saúde. Foram ainda inquiridos relativamente a défices ou queixas e debilidades nomeadamente, na mobilidade, orientações no espaço e do tipo respiratório, circulatório, digestivo, endócrino, urológico, psiquiátrico ou outro a especificar. No fim de cada um dos capítulos, existe um espaço destinado a comentários/observações sobre os dados respectivos. Pretendeu-se desse modo obviar a qualquer lacuna ou realçar quaisquer dados considerados de maior relevo, no decurso do registo elementos recolhidos.

### **2.3 Procedimentos**

Com recurso à Carta Social, obteve-se o conhecimento das instituições com a valência SAD. A colaboração informal de um técnico da Segurança Social, permitiu actualizar a listagem dos SAD bem como as respectivas capacidades e lotação, com referência a Janeiro 2004. Foi ainda possível saber que, no Distrito de Aveiro, não existem SAD, com fins lucrativos.

A caracterização das freguesias de implementação dos SAD, em contextos rural/urbano, foi feita com recurso à tipologia do INE: APU – *área predominantemente urbana*; AMU – *área medianamente urbana*; APR – *área predominantemente rural*.

Os princípios-base para a construção desta tipologia são os seguintes (INE, 2005): (i) A freguesia é a unidade geográfica de análise; (ii) As áreas urbanas são definidas a nível de concelho; (iii) As freguesias que integram uma área urbana têm que ter contiguidade espacial; (iv) A classificação estatística atribuída pelo INE em Julho de 96 (freguesias urbanas, semi-urbanas e rurais) é o suporte da actual estrutura de definição das áreas urbanas, sendo complementada e ajustada, espacial e funcionalmente, com base em

critérios de planeamento. Os critérios de funcionalidade/planeamento tidos em conta foram, designadamente: a taxa de variação da população residente e número de alojamentos (1981-91) e a categoria administrativa das freguesias; propostas dos PDM ratificados e dos PROT aprovados; ocupação sazonal dos alojamentos. As freguesias pertencentes a sedes de concelho, embora com comportamentos demográficos muito diferenciados, não são integradas em Áreas Predominantemente Rurais. Para efeitos do trabalho e por questões de funcionalidade, consideraram-se no mesmo grupo as freguesias dos tipos AMU e APU.

Para possibilitar a recolha de dados nas instituições seleccionadas, em Setembro de 2005, a Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, contactou formalmente as respectivas Direcções, através de ofício assinado pelo docente coordenador do estudo/trabalho e pela avaliadoras, solicitando a sua colaboração e dando a conhecer, de forma sintética, os elementos pretendidos e o fim a que se destinavam. Informou que em data oportuna, a combinar através de contacto telefónico, se efectuariam uma deslocação à Instituição para, presencialmente: (i) apresentar as avaliadoras; (ii) dar a conhecer o *Protocolo*, instrumento de suporte à recolha de dados; (iii) esclarecer eventuais dúvidas; (iv) proceder aos primeiros contactos; (v) conceber e criar suportes parcelares de apoio ao *Protocolo*, que se mostrassem necessário e/ou úteis; (vi) planear o trabalho com a coordenadora do SAD; (vii) calendarizar e iniciar a recolha de dados.

Nas instituições contactadas não se registaram quaisquer resistências à colaboração. Todas disponibilizaram as Directoras Técnicas/Coordenadoras do SAD e demais meios sob a sua responsabilidade, para a consecução do trabalho pretendido. Na primeira visita das avaliadoras, em dois dos equipamentos-alvo (B1 e C1, respectivamente, de grande capacidade em contexto rural e de pequena capacidade em contexto urbano) esteve presente a própria Direcção do Equipamento. Mostrou interesse pelo *Protocolo*, instrumento de trabalho, delegando na Técnica de Serviço Social competente, o acompanhamento e actividades inerentes ao processo da recolha de dados. A todas as Coordenadoras dos SAD, foi individualmente dado a conhecer o mesmo *Protocolo*, de forma pormenorizada, solicitando críticas e sugestões para o seu eventual aperfeiçoamento. Foi esclarecido que aquele instrumento havia sido concebido e estruturado para o efeito. Uma vez identificado e criticado o instrumento principal, foram disponibilizados a cada instituição suportes parcelares adequados, de modo a uniformizar e facilitar o processo de recolha dos dados.

Por questões de celeridade do processo e com a preocupação de minimizar alguma perturbação nas rotinas do serviço, essa recolha foi efectuada pelas respectivas equipas de prestação de cuidados. Na tentativa de envolver o mais possível as Ajudantes de Acção Directa que integram essas equipas, foram previamente, prestadas a estas profissionais as necessárias informações relacionadas com o correcto preenchimento desses mesmos suportes e sobre o objectivo pretendido com os dados a recolher. Pela directora técnica foram ainda dadas orientações sobre diligências prévias a cumprir por estas profissionais, no sentido de obter o consentimento informado dos utentes. Também nesta fase não houve registo de qualquer recusa ou mesmo reticência de algum utente. O processo decorreu em clima de grande confiança, dentro dos princípios éticos recomendáveis e recomendados, no respeito pelo anonimato e/ou sigilo dos dados recolhidos fossem de ordem pessoal, profissional ou de natureza institucional.

Na descrição das variáveis em análise, os nomes reais dos Equipamentos-alvo constitutivos da amostra foram substituídos por códigos para garantir o seu anonimato. Nessa codificação usou-se letras maiúsculas do alfabeto. Porque na amostra existem duas Instituições de cada categoria, a cada letra foi acrescentado o algarismo 1 ou 2 para que, na análise de cada variável, fosse possível chegar à identificação do correspondente Equipamento.

### **2.3.1 Tempo estimado/ utilizado para a recolha de dados**

O tempo estimado para a recolha de dados foi de dois meses. O tempo efectivamente gasto foi ligeiramente superior, embora com justificação objectiva: (i) a necessidade de alguns acertos no instrumento de recolha, depois de testado na instituição piloto; (ii) a ausência absoluta de registos, nos processos dos utentes, de dados actualizados necessários ao estudo, situação que não permitindo a recolha directa nos respectivos processos, obrigou a diligências no domicílio de cada utente das instituições-alvo. Este facto originou atrasos. Teve no entanto, a vantagem de fornecer, aos técnicos coordenadores dos SAD, elementos preciosos para um conhecimento mais completo dos dados biográficos dos respectivos utentes e a actualização da informação relativamente às capacidades funcionais e ao estado de saúde de cada um; (iii) a consequente necessidade de acertar alguns ritmos às disponibilidades das Instituições, nomeadamente, das Direcções, das técnicas coordenadoras /responsáveis do/pelo SAD e sobretudo do tempo das prestadoras do cuidado que colaboraram na recolha.



---

## **CAPÍTULO III**

### **ANÁLISE DE RESULTADOS**

---



## **1. Serviço de Apoio Domiciliário - Programa e Actuação (Caracterização do SAD)**

Neste primeiro ponto, a análise incide sobre as instituições promotoras do SAD. Focará, designadamente, a sua identificação, a sua caracterização orgânica como instituições de suporte do SAD, as suas políticas, o funcionamento do próprio SAD, bem como, a organização/gestão dos respectivos recursos.

### **1.1. Identificação/contexto das Instituições Gestoras (Tabela 1)**

Verifica-se uma forte heterogeneidade na idade das instituições, sendo que a mais antiga (D2), tem 86 anos de existência e, a mais jovem (A2), tem 7 anos. A tendência é para as instituições urbanas terem uma constituição mais antiga.

Das quatro instituições mais antigas presentes na amostra, três (D2, C1 e D1), são urbanas; apenas uma instituição (A1), das que constituem o grupo das mais antigas, se situa em espaço rural; todas estas têm 56, ou mais, anos de existência. Do grupo das quatro instituições de criação mais recente, a mais antiga (B1), em espaço rural, tem 18 anos. Esta heterogeneidade poder-se-á explicar a partir da natureza das próprias instituições, uma vez que, das quatro instituições mais antigas, três delas (D1, C1 e D2), todas em espaço urbano, são Santas Casas da Misericórdias e uma A1, em espaço rural, tem natureza de Fundação; nas mais jovens, existe uma maior prevalência dos Centros Sociais e/ou Paroquiais (A2, B2, e B1), todos em espaço rural. C2, em espaço medianamente urbano, tem natureza jurídica de Associação. Todas as instituições-alvo têm estatuto de IPSS.

Em resumo, as instituições com natureza jurídica de Misericórdia são estruturas mais antigas e urbanas, no sentido de que sempre se localizam nas sedes de concelhos, enquanto que os Centros Paroquiais e/ou Sociais se localizam em meios rurais e tiveram início de actividade mais recente.

Nos casos em análise, a cobertura de Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) nos meios rurais, é exclusivamente garantida por Centros Sociais e/ou Centros Sociais Paroquiais, (A1 e A2) e (B1 e (B2), enquanto que nos meios urbanos prevalece a iniciativa das Misericórdias (C1), (D1) e (D2).

No amostra, destaca-se dos demais, um SAD da iniciativa de uma Associação de Solidariedade, num meio medianamente urbano (C2). Esta situação poderá justificar-se pelo facto de, embora na classificação do INE, a localidade onde está instalada seja caracterizada como *Área Medianamente Urbana* (AMU), os elementos que mais pesariam

nessa classificação terão sido a densidade populacional, a proximidade, e as acessibilidades para. Segundo a coordenadora deste Equipamento, é facilmente observável que a cultura, o modo de viver e as carências da população são acentuadamente identificáveis com as observadas em meios rurais.

## **1.2. Tempo de existência dos Serviços de Apoio Domiciliário (Tabela 1)**

Na análise desta variável verifica-se uma acentuada incidência da criação dos SAD nos anos 90 (1991-1999): A2; C1; C2; B2; D1 e D2. Destes, constata-se uma forte localização na segunda metade desta década: A2; C1; C2; B2 e D1. Este facto verificou-se em todo o território nacional (socialgest, 2006).

Este fenómeno poderá dever-se, às iniciativas da Segurança Social, em termos de incentivo, por meio de *protocolos de acordo* típicos, com as estruturas promotoras das respostas sociais. Poderá ter contribuída também, ainda que duma forma indirecta, a divulgação do *Programa de Apoio Integrado a Idosos* (PAII), criado por Despacho Conjunto, de 1 de Julho de 1994 (seg-social, 2006), dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social. Este programa, financiado por 25% dos resultados líquidos do Jogo JOKER<sup>1</sup>, é caracterizado por desenvolver acções inovadoras, que são concretizadas através de projectos de desenvolvimento de níveis central e local. Além dos processos directamente nele integrados, aquele programa terá acordado dinamismos das forças vivas locais, sensibilizando e motivando para iniciativas de resposta que fossem ao encontro das necessidades das pessoas idosas e/ou dependentes.

Verifica-se, no presente estudo, que os SAD de constituição mais antiga são os de maior dimensão, em termos de número de utentes, (B1, D2, D1 e B2).

Esta constatação pode justificar-se com a então, escassa oferta relativamente às necessidades e consequente procura. A situação terá levado as Instituições a organizar respostas de maior dimensão de modo a cobrir necessidades em espaços mais alargados ou onde essa necessidade era numericamente mais sentida. À medida que outros SAD se iam implantando, na sua organização, os seus promotores já previam áreas de actuação, mais localizadas.

O caso da criação do SAD mais antigo (B1), tem a particularidade de ter sido criado no mesmo ano da própria Instituição de referência.

---

<sup>1</sup> Jogos Santa Casa



A valência *apoio domiciliário* em Portugal, segundo Quaresma, (1999) foi prevista, no seu início, como valência do Centro de Dia. Os primeiros Centros de Dia surgiram em 1976, fortemente vocacionadas para o apoio à satisfação das necessidades básicas das pessoas idosas. Foram, então, uma experiência inovadora com reflexos muito positivos nas condições de vida dos seus frequentadores. Estes equipamentos representaram os primeiros serviços de proximidade em matéria de serviços orientados para o grupo da população idosa. No entanto, viram-se com dificuldades de articulação com outras áreas, nomeadamente saúde, transportes e autarquias. Esses constrangimentos reduziam a sua capacidade de intervenção em termos de apoio domiciliário. Por esse facto, as situações mais complexas eram remetidas para o alojamento colectivo. Estava-se perante o duplo cenário institucionalização/alternativas à institucionalização. O alojamento colectivo que constituía a matriz da intervenção social, ou alternativas a esta. Isto traduzia-se na dicotomia, Lar/Centro de Dia. O *apoio domiciliário* precisou de 10 anos para se emancipar. Até aí, as necessidades de apoio domiciliário estariam circunscritas aos frequentadores dos Centros de Dia., acompanhando, até 1988, a evolução dos Centros de Dia.

Retomando a objectividade da análise de resultados do presente estudo, verifica-se que B1, foi criado em 1987. Podemos assim presumir que, a necessidade dessa valência poderá ter estado na origem da criação da própria Instituição: terá impulsionado e motivado a comunidade local para essa iniciativa.

**Tabela 1. Identificação Institucional**

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Existência (anos)		Lotação SAD
			Instituiç.	SAD	número utentes
Urbano Grande	D1	Santa Casa da Misericórdia	56	08	37
	D2	Santa Casa da Misericórdia	86	14	98
Urbano Pequeno	C1	Santa Casa da Misericórdia	71	06	29
	C2	Assoc. de Solidariedade	10	08	13
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	18	18	50
	B2	Centro Social Paroquial	09	08	33
Rural Pequeno	A1	Fundação	60	04	27
	A2	Centro Social	07	06	21

### 1.3. Lotação do SAD (Tabela 2)

Esta variável põe em evidência a existência de elevada sobrelotação na quase totalidade dos estabelecimentos SAD, relativamente à capacidade protocolada com a Segurança Social. Esta situação indicia uma acentuada procura desta valência. O facto da oferta ficar aquém da procura, de um modo tão significativo, pode ter diferentes leituras: dificuldades por parte das instituições em obter da Segurança Social o alargamento dos protocolos de acordo; resistência por parte da Segurança Social em permitir os mesmos alargamentos, por dificuldades financeiras ou por não reconhecer nas instituições condições logísticas para uma maior oferta sem pôr em risco a qualidade do serviço prestado.

Instituições como C2 e D1, não acompanham esta tendência e têm uma característica comum: localizam-se em meios em que o desemprego feminino cresceu fortemente, em consequência do recente encerramento de empresas de mão-de-obra intensiva, predominantemente feminina. Embora de Concelhos diferentes, trata-se de equipamentos situados em zonas em que a indústria do calçado, pela sua tradição e/ou dimensão das empresas, absorvia essencialmente mão-de-obra feminina. Com a crise desta indústria ou deslocalização das respectivas empresas, as mulheres, a quem tradicionalmente está incumbida a tarefa de cuidar, agora na situação de desemprego, ficaram com disponibilidade para dispensar apoio também aos seus idosos.

B2, com uma capacidade bastante superior à actual lotação destaca-se dos dois grupos. A recente criação da idêntica resposta social em freguesia vizinha, dentro do mesmo concelho, poderá justificar actual situação.

Conclui-se que o SAD é a resposta de primeira linha dirigida às pessoas idosas. A incidência da procura justifica-se por ser, também pelos destinatários, considerada a forma mais humanizada de resposta, a que melhor respeita a sua dignidade e os seus anseio; a mais condizente com as suas expectativas.

**Tabela 2. Capacidade /Lotação SAD**

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Capac. SAD	Lotação SAD	Tx. Ocup
			número utentes	número utentes	%
Urbano Grande	D1	Santa Casa da Misericórdia	37	37	100
	D2	Santa Casa da Misericórdia	80	98	122,5
Urbano Pequeno	C1	Santa Casa da Misericórdia	20	29	145
	C2	Assoc. de Solidariedade	15	13	86,6
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	45	50	111
	B2	Centro Social Paroquial	50	33	66,6
Rural Pequeno	A1(*)	Fundação	12	27	225
	A2	Centro Social	15	21	140
Obs:					
(*) A esta instituição foi , em 2006, concedida autorização para o alargamento da capacidade para 30 utentes.					

#### 1.4. Análise da Modalidade de Gestão da Instituição Prestadora de Cuidados

Existe total homogeneidade, na modalidade de gestão: todas as instituições gestoras do SAD se regem pelo estatuto de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS): gestão privada com financiamento maioritariamente público. Nas instituições em estudo não existem organizações com natureza jurídica de Mutualidade e/ou de empresa com fins lucrativos. Verifica-se alguma diversidade em termos da natureza jurídica dos equipamentos de suporte: predominância das Santas Casas da Misericórdia; em número semelhante, estão os Centros Sociais e, também entre estes, se verifica alguma diferenciação, tendo maior peso os Centros Sociais Paroquiais.

Apenas uma minoria de Instituições (IPSS) gestoras de SAD se distinguem das demais: uma com o estatuto de Fundação (A1), a outra com o estatuto de Associação de Solidariedade Social (C2).

De sublinhar, com fundamento na constatação feita no âmbito da recolha de dados, alguma atipicidade em C2, quer na forma de gestão quer na da prestação dos serviços.

Em síntese: há total identificação formal no modo de gestão; a solidariedade social, é missão/fim comum; nas iniciativas, é maior o predomínio das Misericórdias e, com alguma proximidade, o dos Centros Sociais Paroquiais; mais raras são as iniciativas e/ou gestão de Associações e/ou Fundações.

Não existem outras formas de constituição das Instituições gestores de SAD, nem instituições com estatuto jurídico e/ou modalidades de gestão do tipo lucrativo.

#### **1.4.1. Centro de Custos**

É total a homogeneidade no que respeita à existência de *centro de custos*: todas as instituições afirmam praticar o tipo de contabilidade analítica que lhes permite conhecer o custo real de cada utente SAD, relativo ao ano económico (orçamental) anterior (este, não totalmente coincidente com o ano civil anterior). Confirmou-se nos Serviços competentes que esta forma de contabilidade é obrigatória para os equipamentos com protocolos de acordo com a Segurança Social. O conhecimento desse valor real é muito importante porque permite às instituições a prática efectiva da solidariedade social, com maior equidade. Quando as instituições possuem a necessária capacidade logística podem, por razões de natureza social, apoiar um número de utentes superior à sua capacidade (considerada, para fins de financiamento, pela Segurança Social no âmbito da assinatura do protocolo de acordo). Respondem a necessidades da comunidade sem pôr em risco o equilíbrio financeiro da valência nem hipotecarem valores de justiça social.

O conhecimento do custo real permitirá assim prestar cuidados a indivíduos e/ou famílias que carecem do SAD, cuja situação económica é mais desafogada: da aplicação das percentagens estabelecidas e praticadas poderia resultar um valor desajustado, acima do custo real; a limitação da oferta, fundamentada no não alargamento da cobertura financeira da Segurança Social, poderia pôr em causa o carácter solidário da Instituição.

Em resumo, o conhecimento do custo real e a sua prática poderá, em casos devidamente identificados e justificados, sem prejuízo na qualidade dos serviços prestados, permitir uma solidariedade mais abrangente apoiada numa maior justiça social.

## **1.5. Órgão de Gestão de Instituições Promotoras do SAD**

### **1.5.1 Direcção**

Todas as Instituições, com a valência SAD possuem Direcções, formalmente constituídas. No entanto, verifica-se alguma diversidade em termos do número de elementos que as compõem: (i) com 5 elementos (A2, B1, B2 e D1); (ii) com 7 elementos (A1 e D2); (iii) com 11 elementos (C1 e C2).

As Direcções constituídas por 11 elementos situam-se, ambas, em espaço urbano e pertencem a instituições de pequena lotação. Em C1, de pequena capacidade, poderá justificar-se o número de elementos pela dimensão do equipamento. Trata-se de uma Santa Casa da Misericórdia com respostas sociais para pessoas idosas, e serviços de saúde, nomeadamente, consultas e realização de meios auxiliares de diagnóstico.

Nos Centros Sociais e/ou Centros Sociais Paroquiais existe uniformidade no número de elementos constitutivos das Direcções respectivas (5 elementos), embora haja diversidade no tipo de respostas. Estas distribuem-se pelas áreas das valências destinadas a pessoas idosas e pelas de infância (creches, jardins de infância e ATL)

Concluindo, pode afirmar-se, em termos gerais, a inexistência de uniformidade de critérios na constituição das Direcções das Instituições, que se disseminam em três configurações: (i) com 5 elementos A2, Centro Social de pequena capacidade, (B1 e B2), Centro Sociais Paroquiais, de grande capacidade, todos em espaço rural, e D1, de grande capacidade, em espaço urbano; (ii) com 7 elementos A1 e D, respectivamente, Fundação de pequena capacidade em espaço rural e Santa Casa da Misericórdia de grande capacidade em espaço urbano; (iii) com 11 elementos C1 e C2, respectivamente, Associação de Solidariedade Social e Santa Casa da Misericórdia, ambas de pequena capacidade, em espaço urbano.

### **1.5.2 Competências da Direcção**

Verifica-se homogeneidade absoluta (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2), no que respeita à concentração das competências nas respectivas Direcções, para a regulamentação das actividades e dos serviços disponibilizadas pelas Instituições.

### **1.5.3 Participação dos Técnicos nas Reuniões das Respectivas Direcções**

Constata-se a prevalência das Instituições (A1, A2, C2, D1 e D2) em que os técnicos, nomeadamente o/a coordenador/a do SAD, participam nas reuniões das respectivas

Direcções. Não é perceptível a existência de qualquer critério, que permita fazer paralelismo entre características da instituição e a verificação da participação.

Poder-se-á presumir que a presença ou ausência desta participação, estará correlacionada com o perfil dos elementos que compõem respectivas Direcções, em termos da seu maior ou menor conhecimento das competências e incumbências dos Directores Técnicos das Instituições.

#### **1.5.4 Representação de Utentes nas Direcções das Instituições**

Existe uniformidade absoluta na inexistência da participação dos respectivos utentes, ou dos seus familiares em sua representação, nas Direcções das Instituições. Daqui se infere uma tendência na concepção da pessoa idoso como *receptora passiva* dos serviços. Não há, apesar disso, referências ou indícios de que esse facto seja motivo de quaisquer conflituosidades ainda que latentes. Permanecem pacificamente os resíduos dos modelos assistenciais sem manifestação de tensões pela consagração dos direitos sociais ou pela efectivação dos direitos de cidadania.

#### **1.5.5 Periodicidade das Reuniões da Direcção**

Há absoluta homogeneidade na prática de regularidade das reuniões ordinárias. É também quase absoluta a periodicidade mensal (A1, A2, B1, B2, C1, D1 e D2). Apenas em C2, a periodicidade das reuniões é semanal.

### **1.6. Organização/Funcionamento da SAD/Boas Prática:**

#### **1.6.1. Guia/Regulamento SAD para Utentes**

Verifica-se uniformidade quase absoluta no uso do regulamento interno da Instituição, como *guia para utentes*. C1 não possui qualquer guia formal. Nesta Instituição os conteúdos/condições e regras de utilização do SAD são transmitidos, oralmente, através dos prestadores de cuidados ou presencialmente, aquando das visitas da coordenadora.

Em síntese, é absoluta a inexistência de Guia de Acolhimento/Regulamento SAD, autónomo, ou outro suporte de informação escrita destinado, exclusivamente, a utentes SAD e suas famílias.

### **1.6.2. Guia do Pessoal da SAD**

É quase absoluta (A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2), a inexistência de *guia para profissionais* com indicações sobre a estrutura e organização da Instituição e regras mínimas de relacionamento com utentes. As orientações são transmitidas verbalmente pelas respectivas coordenadoras SAD. No caso das Ajudantes de Acção Directa, estas, são apoiadas por profissional com mais experiência, nas tarefas práticas. A única excepção verifica-se em A1, Fundação de pequena capacidade, em espaço rural, onde existem normas orientadoras para as profissionais do SAD, em suporte-papel, concebidas, formalizadas e postas em prática pela própria coordenadora do SAD.

### **1.6.3. Programa de Acolhimento/Orientação de Novos Utentes**

Verifica-se a inexistência absoluta (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2) deste ou de outro programa, formal ou informal, com objectivos semelhantes. Não estão sequer implementadas quaisquer rotinas de apresentação comum dos prestadores do cuidado/pessoa cuidada/cuidadores informais, propiciadoras do conhecimento mútuo, da relação de proximidade, da corresponsabilidade e da afectividade.

### **1.6.4. Programa para Acolhimento/Orientação de Novos Funcionários**

É absoluta (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2) a inexistência de qualquer suporte ou *práticas*, com objectivos de integração de novos funcionários. Não existe qualquer programa preestabelecido com vista ao seu envolvimento na cultura e nos valores da instituição, à sua inserção na respectiva equipa de trabalho e ao seu comprometimento com boas práticas nas tarefas ou funções a desempenhar.

### **1.6.5. Programa de Acolhimento/Orientação para Voluntários**

Não existem, em absoluto (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2), quaisquer programa, ou rotina, formais ou informais, delimitadoras de condições de acesso ou de percurso de candidatos ao voluntariado. No que respeita concretamente a esta ausência, ela apresenta-se coerente face à absoluta inexistência de voluntariado, nas instituições objecto do presente estudo.

#### **1.6.6. O Plano Individualizado de Cuidados**

Constata-se forte homogeneidade (A1, A2, B1, B2, C2, D1 e D2) na prática da elaboração de suportes, considerados como *planos individuais de cuidados*.

É acentuada a tendência (A1, A2, B2, C2, D1 e D2) para a participação do utente e/ou seu familiar, conjuntamente com a respectiva Directora Técnica, na elaboração desses *planos*. Em (B1), de grande capacidade, em meio rural, o *plano de cuidados* é da responsabilidade exclusiva da directora técnica.

Na sua generalidade, os chamados *planos individuais de cuidados*, na sua forma, identificam-se mais com contrato escrito de prestação de serviços. Pode-se assim constatar a verdadeira inexistência de *planos de cuidados individualizados* que na sua estrutura expressem, nomeadamente, (i) objectivos, com os respectivos níveis; (ii) calendário de intervenção/revisão; (iii) avaliação de resultados e (iv) conclusões.

Em C2, de pequena capacidade em espaço urbano, a ausência destas práticas é absoluta. Aqui, a forma e o conteúdo da prestação de cuidados são acordados, oralmente, na entrevista prévia em regra com o cuidador informal principal.

#### **1.6.7. Formalização do Contrato de Prestação dos Cuidados**

Verifica-se forte incidência da prática do *contrato escrito* com os utentes e/ou seus familiares (A1, A2, B1, B2, C1 e D1). Este procedimento, não se verifica em C2, em meio medianamente urbano e de reduzida lotação e em D2, em meio predominantemente urbano e de grande lotação. Não há justificação objectiva para a inexistência desta prática, aliás estabelecida na legislação aplicável<sup>1</sup>.

Esta situação poderá fundamentar-se: na primeira instituição (C2), pelo conhecimento, eventualmente, pouco aprofundado das normas que regulam o funcionamento deste Serviço; e na segunda (D2), presume-se, por rotinas praticadas e não revistas/actualizadas, uma vez que se trata de valência cuja implementação na Instituição remonta aos primeiros anos da década de 90.

#### **1.6.8. Existência do Processo Individual no Respectivo Domicílio do Utente**

Verifica-se homogeneidade absoluta, na inexistência de processo do utente no respectivo domicílio (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2). Em A1, em meio rural, há uma cópia do respectivo *plano de cuidados* no domicílio de cada utente; em B2 a resposta a esta questão

---

<sup>1</sup> Número 1, da Norma VII, Despacho Normativo número 62/99 de 12 de Novembro



foi afirmativa, no entanto, nos domicílios dos respectivos utentes, que foram alvo de visita da equipa de recolha de dados, verificou-se que o documento afixado, em local visível, era uma relação dos cuidados/serviços quotidianos. Desconhece-se a existência efectiva do processo.

Não cabe no instrumento/suporte de recolha de dados a questão fundamentadora desta ausência. Daí ser difícil fazer qualquer extrapolação para encontrar motivos para a uniformidade da situação constatada.

#### **1.6.9. Registo da Avaliação Periódica no Respectivo Processo Individual**

Consideram-se de forte heterogeneidade as respostas sobre os procedimentos que se relacionam com o registo da avaliação periódica. Verifica-se uma ligeira predominância das instituições que confirmam esta prática, (A1 e A2) e B1, respectivamente, de pequena e de grande capacidade em espaço rural, e D1, de grande capacidade, em espaço urbano. Não existe este tipo de registo em (C1 e C2) e (D2), respectivamente de pequena e de grande capacidade, em espaço territorial urbano. B2, de grande capacidade, em meio rural, sem confirmação consistente, optou por não responder e, em observações, em jeito de comentário, expressar que *geralmente* efectua o registo.

Esta diversidade de procedimentos poderá justificar-se pela prevalência da oralidade e do conhecimento pessoal no relacionamento com as prestadoras de cuidados. Não está ainda generalizada a prática do registo de ocorrências, das avaliações e das consequentes adequações/reformulações do *plano individual de cuidados*.

#### **1.6.10. Supervisão da Avaliação SAD, pelo Respectivo Responsável**

É quase absoluta (A1, A2, B1, B2, C1, D1 e D2) a confirmação da supervisão da avaliação da prestação do SAD, pela respectiva coordenadora.

Verifica-se a ausência desta forma de supervisão em C2, de pequena capacidade, em espaço medianamente urbano. Trata-se de uma instituição de reduzida capacidade, pouca diversidade e ainda menor procura dos serviços disponibilizados. Esta situação específica, poderá justificar-se pelas características particulares do equipamento em causa e pela atipicidade do próprio funcionamento.

#### **1.6.11. Conhecimento Formal do Técnico Responsável**

Constata-se ligeira prevalência da tomada de conhecimento, formal, das técnicas responsáveis pelos SAD, através da aposição da respectiva rubrica no registo da avaliação (A1, A2, B1, B2 e C1). Existe homogeneidade relativa desta prática, verificada nos estabelecimentos das áreas territoriais rurais (A1, A2, B1, B2).

É inexistente a prática da tomada de conhecimento escrito (formal) em (C2, D1 e D2), instituições de área territorial urbana, estando nestas incluídas as de maior lotação, (D1 e D2). Será de presumir que o número elevado de processos e as muitas solicitações a que estão sujeitas as respectivas técnicas coordenadoras, poderão justificar esta lacuna. Em regra, as coordenadoras SAD acumulam a função de directoras técnicas da Instituição ou, pelo menos da valência SAD.

Em resumo, uma análise comparativa, relacionando as respostas desta variável, com as respostas à variável “Registo da avaliação periódica”, evidencia alguma incoerência. Este facto pode ter justificação na falta de treino do rigor exigido em trabalhos de investigação e, conseqüentemente, algum aligeiramento, por parte dos profissionais inquiridos, na abordagem dos assuntos questionados.

#### **1.6.12. Cobertura Horária**

Verifica-se inexistência absoluta de disponibilização de cuidados 24/24 horas.

Existe forte diversidade, na cobertura horária. Verifica-se alguma proximidade nos horários de início da prestação apoio. Constata-se uma maior diversidade nas horas de cessação da cobertura. O meio rural ou urbano não é determinante desta forma de cobertura.

Prevalece a cobertura horária igual ou superior a 9 horas, diárias. Verifica-se existência de grande amplitude dos casos extremos, nomeadamente: A2, de pequena capacidade, em meio rural, com 5 horas e 30 minutos diárias, em 5 dias da semana; A1 e D1, respectivamente, de pequena capacidade em meio rural e de grande capacidade, em meio urbano, com cobertura de 11 horas diárias, nos 7 dias da semana.

De realçar a existência de um caso, A2, de pequena capacidade em espaço rural, em que os serviços prestados se limitam quase exclusivamente à distribuição de refeições. O número de cuidados de acção directa, é muito reduzido.

### **1.6.13. Cobertura Semanal**

É maior o número de instituições com cobertura semanal completa, isto é, incluindo sábados, domingos e feriados (A1, B1, B2, C2, D1 e D2). Verifica-se a existência desta prática em todas as instituições de maior lotação, quer do espaço urbano quer de espaço rural, embora com algumas especificidades em B1, de grande lotação em meio rural, no modo da prestação aos fins-de-semana e feriados. Esta particularidade, neste estabelecimento, é justificada pela dispersão dos lugares do domicílio dos utentes, alguns de muito difícil acessibilidade, exigindo percursos de cerca de 20 quilómetros.

A2, rural e C1, medianamente urbano, funcionam apenas nos 5 dias úteis da semana, sendo que em A2, há 2 utentes com serviços/cuidados também aos fins-de-semana. Esta excepção é fundamentada na inexistência de cuidadores informais e na indispensabilidade absoluta dos cuidados.

### **1.6.14. Permanência/Rotatividade das Ajudantes de Acção Directa**

É de maior a tendência para a prática da rotatividade das Ajudantes de Acção Directa, nas seguintes instituições: A1 de pequena lotação, em espaço rural; B1 e B2, de grande lotação, em espaço rural; D1 e D2, de grande lotação em espaço urbano. Existe homogeneidade absoluta dos SAD de grande lotação (B1, B2, D1 e D2), na opção pela rotatividade. Verifica-se também homogeneidade absoluta na preferência pela rotatividade, nos SAD de grande lotação, em espaço urbano (D1 e D2).

É quase absoluta a homogeneidade na preferência pela rotatividade, nos SAD de espaço rural: A1 de pequena lotação; B1 e B2, de grande lotação. Existe heterogeneidade acentuada na periodicidade dessa rotatividade, com tendência para a periodicidade mensal. Os ritmos de rotatividade registados foram semanais (B1), mensais (A1, B2 e D2) e semestrais (D1).

São em menor número os SAD que praticam a continuidade: A2, de pequena lotação, em meio rural; C1 e C2, de pequena lotação, em espaço urbano.

(i) *Justificações para a defesa da prática da rotatividade*, destas profissionais (as razões foram espontaneamente apresentadas, em jeito de comentário informal, em conversa de circunstância, no contexto da recolha de dados, sem objectivo de registo expresso, referenciado): Possibilidade de maior equilíbrio na distribuição do trabalho; Prevenção de situações de stress, nomeadamente, em consequência do cuidado de utentes de trato mais fácil/mais difícil; Conhecimento mais amplo de todos os utentes por parte de todas as

profissionais prestadoras de cuidados, com vantagem bilateral nas indispensáveis substituições por motivo de férias e/ou por outros impedimentos.

(ii) *Justificação para a defesa da prática da continuidade*: Maior estreitamento de laços relacionais; Aprofundamento do conhecimento dos hábitos e preferências da pessoa cuidada; Aumento da confiança mútua e reforço da segurança em situações de maiores fragilidades; Comprometimento/motivação na melhoria da qualidade de vida da pessoa confiada e proveitos da empatia gerada por sentimentos de agrado mútuo; Melhor gestão do tempo/cuidados.

Em resumo, existe alguma heterogeneidade na fundamentação da preferência por qualquer das práticas, esta escorada em argumentos mais ou menos subjectivos.

Realce para a experiência de D1, de grande lotação, em meio urbano, pela sua especificidade. Aqui a coordenadora refere a rotatividade semestral. No entanto, na prática, tem características e vantagens de continuidade, na medida em que, sendo as equipas constituídas por duas Ajudantes de Acção Directa, em cada equipa, apenas muda um elemento com o objectivo de garantir a continuidade da relação com a pessoa receptora do cuidado. Na mudança há ainda a sublinhar o facto de, o novo elemento, ser conhecido de todos os utentes uma vez que, nos fins-de-semana, existe a prática da rotatividade contínua.

Entende-se como importante referir que em termos do conhecimento académico (Rodriguez, 2000) e mesmo de obediência regulamentar, a prática da continuidade, tem maior apologia, por razões objectivas. Na legislação nacional que estabelece as condições de funcionamento do SAD<sup>1</sup>, é expressamente recomendado que “O SAD deve, sempre que possível, assegurar a continuidade do relacionamento por parte do prestador de cuidados com o utente, de forma a permitir um contacto mais personalizado, mais próximo e mais afectivo” (Disp. Normativo, 1999).

#### **1.6.15. Comentários Feitos às Questões Relacionadas com Funcionamento dos SAD**

Constata-se homogeneidade quase absoluta no registo de algum comentário relacionado com as condições de funcionamento do SAD. Prevalência para observações com objectivo de sublinhar alguma das respostas expressas (A1, A2, B1, B2, C1 e C2). Foi comum a verbalização implícita, relativa à falta de tempo para estreitar o relacionamento, nomeadamente, para a escuta activa de anseios, preocupações, medos e mesmo de alguns

---

<sup>1</sup> Número 4, da Norma IV, Despacho Normativo número 62/99 de 12 de Novembro

lamentos. D2 registou este sentir, como sendo referido pelas todas as prestadoras dos cuidados. D1, não expressou qualquer comentário escrito.

## **1.7. Serviços e Actividades Disponíveis**

### **1.7.1. Serviços Básicos - ABVD (Tabela 3)**

(i) *Distribuição de refeições* – Este serviço existe em todas as instituições (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2). Verifica-se maior tendência para a prática da distribuição de refeições nos 7 dias da semana, incluindo feriados: A1 e (B1 e B2), respectivamente, de pequena e de grande capacidade em espaços rurais; D1 e D2, de grande capacidade em espaços urbanos. Verifica-se homogeneidade absoluta desta mais ampla cobertura, nos equipamentos de maior lotação (B1, B2, D1 e D2).

A cobertura apenas nos 5 dias úteis - sem sábados, domingos e feriados - verifica-se em A2, de pequena capacidade, em espaço rural e em C1 e D2, respectivamente, de pequena e de grande capacidade, em espaços urbanos.

Existe forte heterogeneidade, no número de utentes com refeições distribuídas, em termos percentuais, relativamente às respectivas lotações, num intervalo de amplitude significativo (38,5% - 100%), assim distribuído: 38,5%, em C2; 55%, em C1; 78%, em D2; 81%, em A1; 86,5%, em D1; 90%, em A2; 100%, em B1 e em B2.

Existe forte prevalência das percentagens mais elevadas, nos equipamentos do espaço territorial rural (A1, A2, B1 e B2). Esta situação é subjectivamente justificada com o facto da população utilizadora SAD, na sua maioria, usufruir baixos rendimentos. Com menor ou maior grau de dificuldade, os utilizadores deste serviço teriam ainda capacidade para confeccionar a sua refeição. Tendo em conta os hábitos alimentares dos respectivos utilizadores, o recurso ao SAD traduz-se em melhor qualidade e menor despesa. Este facto presumido pelas prestadoras dos cuidados e referido por directoras técnicas, foi expressamente confirmado por utentes visitados, nomeadamente da instituição A2, de pequena dimensão em espaço rural.

(ii) *Assistência na preparação de refeições* – Constatou-se a inexistência absoluta do serviço, no universo dos equipamentos alvo da recolha de dados.

(iii) *Acompanhamento/apoio durante a refeição* - É quase absoluta a disponibilização do serviço (A1, A2, B1, B2, e D2). Existe um forte predomínio nos SAD do espaço rural (A1, A2, B1. e B2); Nos estabelecimentos em espaço territorial urbano confirma-se a existência deste serviço nos de maior lotação (D1 e D2), sendo inexistente nos de

dimensão menor (C1 e C2). A ausência da disponibilização deste serviço em C1 e C2, poderá indiciar a inexistência da respectiva procura ou a não constatação da sua objectiva necessidade da parte das instituições. À necessidade/procura deste serviço estarão subjacentes situações de limitação física ou psicológica dos utentes que impedem ou dificultam gravemente a toma das refeições, sem ajuda.

(iv) *Higiene pessoal diária* - É absoluta a disponibilização do serviço. No entanto, a sua procura/utilização, é muito diversificada, em termos percentuais, relativamente à respectiva lotação. Verifica-se ainda uma grande amplitude nos valores das percentagens de utilização respectivamente, 7%, em C2, de pequena capacidade em espaço territorial medianamente urbano e 81%, em B2, em espaço rural.

A variabilidade na utilização deste serviço estará relacionada com o maior ou menor grau de dependência dos respectivos utentes.

Outro factor determinante da procura deste serviço poderá ser a inexistência de retaguarda familiar ou de outro cuidador informal, com disponibilidade/habilitação para este tipo de cuidado. O pudor e a relação familiar, sobretudo em situações de género diferente, poderão ser motivo de reserva na receptibilidade ou mesmo de rejeição bilateral.

(v) *Serviço de lavandaria* - Exceptuando C2, em espaço medianamente urbano, de pequena capacidade/lotação, todas as demais instituições (A1, A2, B1, B2, C1, D1 e D2) disponibilizam o serviço. Relativamente à procura do serviço verifica-se uma diversidade muito acentuada, quer em termos de número absoluto de utentes, quer em termos percentuais, relativamente às respectivas lotações, quer ainda relativamente à classificação do espaço territorial de implantação dos equipamentos prestadores do cuidado. Não foi possível delinear uma linha de coerência que permita justificar a situação.

A heterogeneidade é também forte, em termos da cobertura efectiva do serviço, no número de dias por semana em que, os respectivos utentes, têm acesso a esse serviço: 1 dia em A1, 2 dias em B1); 5 dias em A2, B2, C1 e D2; 6 dias em D1. Constata-se que a efectivação em 5 dias da semana, é prevalente (A2, B2, C1 e D2).

Em resumo, existe forte homogeneidade na disponibilização deste serviço e heterogeneidade na sua procura.

(vi) *Higiene habitacional* - A oferta deste serviço verifica-se na grande maioria das instituições (A1, A2, B1, B2, C1, D1 e D2). A excepção constata-se apenas em C2 de pequena capacidade/lotação, em espaço medianamente urbano.

Em termos de procura, a análise dos dados evidencia uma grande diversidade no número absoluto de utentes, sendo que é ainda mais díspar em termos percentuais, relativamente às respectivas lotações. Feita a análise na perspectiva da classificação do espaço territorial de implantação dos equipamentos prestadores do cuidado, a incidência da procura não revela tendências significativas.

Destaques para os dois casos, ambos de grande capacidade, em espaço urbano, de valores percentuais extremos: D1, com a maior taxa de utilização, (86%) e D2 com a menor taxa de utilização (4%).

Regista-se também alguma heterogeneidade na disponibilização efectiva, em termos de número de dias por semana, com forte prevalência de uma cobertura de 5 ou mais, dias por semana: 5 dias em A2, C1 e D2; 6 dias em B2 e D1.

(vii) *Mobilizações/apoio nas deambulações no domicílio* – Existe também diversidade em no que respeita à existência ou não de oferta deste serviço nas diferentes instituições. Confirma-se a sua disponibilização em A1, A2, B2, D1 e D2 e é inexistente em B1 e em C1 e C2, respectivamente, de grande capacidade em espaço rural e de pequena capacidade em espaço urbano. A utilização é muito reduzida, quer em termos de número absoluto de utentes, quer em termos dos respectivos estabelecimentos. Este serviço só é efectuado em B2, de grande capacidade em espaço rural, com 22 utentes, (67%) e em D2, de grande capacidade, em espaço urbano, com 2 utentes, (2%). Estes dados evidenciam uma intensiva efectivação deste serviço, em B2, quer em termos relativos do número de utentes, quer em termos da respectiva taxa de efectivação, relativamente à respectiva lotação SAD (67%), em confronto com reduzida efectivação, em D2 (2%).

Em resumo os dados destes dois casos poderão justificar-se por várias ordens de razões, nomeadamente: A maior preocupação da coordenação do SAD para as questões da reabilitação ou dos riscos da incapacitação; A maior disponibilidade dos recursos humanos, nomeadamente, das ajudantes da acção directa em consequência de uma menor procura de outro tipo de serviços uma vez que em B2 a lotação é inferior à capacidade; A ou menor incidência na existência de retaguarda familiar/cuidadores informais; O maior ou menor número dos respectivos utentes SAD, com maior grau de incapacidade.

### 1.7.2. Cuidados de Saúde

(i) *Médico de urgência*; (ii) *Horário de enfermagem* (medir tensão, injeções, curativos/pensos) (iii) *Serviço de enfermagem de noite ou para casos de urgência* – Nenhuma das instituições da amostra disponibiliza estes serviços.

(iv) *Administração/gestão da medicação* – Todos os SAD, assumem esta actividade, quando a situação da pessoa cuidada o justifica. Verifica-se efectivação da sua prestação em B1, B2, D1 e D2, que correspondem aos estabelecimentos de maior lotação (os de espaço rural e os de espaço urbano. Em A1, A2, C1 e C2, a procura é absolutamente inexistente. A análise na vertente dos respectivos utilizadores, revela forte heterogeneidade quer na sua quantificação em termos absolutos, quer em termos percentuais relativamente às respectivas lotações.

Esta atipicidade ou não uniformidade relativa, poderá justificar-se pela existência de um número variável de utentes com situações de deferentes graus de dependência ou mesmo com a presença de indivíduos com estados de alguma senilidade, no universo dos utentes das respectivas instituições.

(v) *Assistência na toma da medicação* – É quase absoluta na disponibilização deste apoio (A1, A2, B1, B2, C2, D1 e D2). Apenas C1, de pequena lotação em espaço urbano, não o disponibiliza. A procura é reduzida, em número de utentes (2, em B1; 5, em D2; 7 em D2). A instituição B2 destaca-se destes, pelo elevado número de utentes assistidos, quer em termos absolutos (22), quer em termos percentuais (66%), da respectiva lotação. É nula a procura/necessidade em A1, A2 e C2, todos de pequena capacidade.

(vi) *Fisioterapia e reabilitação* – É quase absoluta a sua inexistência (A1, A2, B1, B2, C1, D1 e D2). C2, de reduzida dimensão, em espaço medianamente urbano, refere que apenas garante o transporte em viatura do estabelecimento. Em C2, três utentes usufruem efectivamente desta forma de serviço, disponível todos os dias úteis. Em resumo, a fisioterapia/reabilitação é inexistente, como serviço implementado e disponibilizado, no universo da amostra das instituições SAD.

### 1.7.3. Serviços Especializados

(i) *Serviço de podologia* (ii) *Terapia ocupacional*; (iii) *Terapia da fala* – Nenhuma das instituições-alvo disponibiliza estes serviços.

(iv) *Psicoterapia ou ajuda psicológica* – Verifica-se homogeneidade quase absoluta na sua inexistência (A1, A2, B1, B2, C1, C2 e D2). Regista-se a sua disponibilidade apenas



em D1, estabelecimento de grande dimensão, em espaço rural. Não se verifica, no entanto, a sua efectivação pela ausência de utentes com manifestas necessidades do serviço disponibilizado.

(vi) *Serviços religiosos* – Este serviço não existe como resposta própria das instituições promotoras do SAD. Este serviço, ou alguma das suas componentes, pode ser diligenciado na comunidade pela respectiva prestadora do cuidado, se tal necessidade for manifestada por algum utente.

(vii) *Aconselhamento legal* – Não existe como a sua disponibilização, formal ou informal (A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2). Em A1, estabelecimento de pequena dimensão em espaço rural, existe como orientação não especializada.

Em resumo, verifica-se uniformidade quase absoluta na não disponibilização da generalidade dos serviços especializados (A2, B1, B2, C1, C2 e D2). Dois casos, se destacam desta generalização, embora de modo pouco significativo em termos de diversidade: A1, de pequena dimensão, em espaço rural, com *Aconselhamento legal*; D1, de grande dimensão, em espaço urbano, com *Psicoterapia e/ou ajuda psicológica*.

#### **1.7.4. Apoio Instrumental**

(i) *Assistência Bancária* – São prevalentes as instituições, sem esse tipo de assistência (A1, A2, C1, C2 e D2). Confirma-se a sua existência em (B1 e B2), de grande dimensão, em espaço rural e em D2, de grande dimensão, em espaço urbano. Os estabelecimentos que disponibilizam esse tipo de apoio integram o grupo dos de grande capacidade.

Em termos de utilizadores, o seu número é muito reduzido, oscilando entre 1, (1%), em D2, de grande lotação, em espaço urbano e 4 (12%), em B2 de grande capacidade, em espaço rural. Esta realidade poderá justificar-se apenas por uma razão de pressão da sua solicitação pelos respectivos utentes carecidos deste serviço, conjugada com a possibilidade da sua satisfação em função de muito baixa procura.

(ii) *Assistência em matéria de cuidados pessoais* – Heterogeneidade na disponibilização do serviço, com prevalência da sua existência: Existência em A1, B2, C1, D1 e D2; Inexistência em A2, B1 e C2.

A efectivação do cuidado com a aparência, verifica-se em B2, de grande lotação, em espaço rural e em D1, de grande lotação em espaço urbano. Na análise do número de utentes utilizadores em (7 em B2 e 32 em D1), constata-se a disparidade, quer em termos absolutos quer em termos percentuais (21% e 86%). Não existem elementos que permitam

uma justificação objectiva. Duas razões, de ordem subjectiva, poderão fundamentar a situação. A primeira, uma possível deficiente interpretação da questão formulada, na recolha dos dados. A segunda, uma menor ou maior sensibilidade da coordenadora SAD e da sua equipa de Ajudantes de Acção Directa, para este tipo de serviços e/ou, a gestão do tempo, em função da diferente importância atribuída a este tipo de serviço.

Destaque também para a não efectivação da prestação dos cuidados, por ausência absoluta de utilizadores, embora constem como disponibilizados, em A1, de pequena capacidade, em espaço rural e em C1 e D2, respectivamente, de pequena e de grande capacidade, ambos em espaço urbano.

Resumindo, verifica-se grande diversidade nas diferentes vertentes da análise. O facto de no universo dos potenciais utilizadores haver uma forte prevalência do género feminino levaria a antecipar um cenário diferente do que o que se conclui pelos dados recolhidos.

(iii) *Cabeleireiro* – Não existe este serviço em qualquer das instituições gestoras do SAD, como serviço próprio ou contratado com empresa/pessoa especializada.

Há grande diferenciação nas formas de resposta e nas características, em termos territoriais e/ou de lotação, dos estabelecimentos que externamente satisfazem esta necessidade dos seus utentes. Assim, B2, C2 e D2 asseguram o transporte dos utentes, que manifestem esse interesse, para salões da sua preferência. B2, C2, D1 e D2 garantem o acompanhamento de utentes, para obtenção deste serviço na comunidade. É reduzido número de utentes utilizadores da forma de acompanhamento, embora a análise dos dados revele alguma proximidade em termos percentuais, relativamente à lotação do respectivo SAD.

De realçar a tendência para um maior número de utentes utilizadores, em espaço territorial urbano (C2, D1 e D2). Em resumo, os estabelecimentos que diligenciam, com transporte e/ou acompanhamento, a efectivação do serviço constituem uma ligeira minoria. A justificação poderá estar na pouca disponibilidade do tempo, pela escassez de recursos humanos aliada ao facto de este serviço/cuidado, na sua componente estética, poder não ser considerado prioritário. A procura é maior em espaços urbanos.

(iv) *Assistência para a aquisição de bens e serviços* – A tendência é para a oferta destes serviços (A1, B2, C1, C2, D1 e D2). Nos espaços urbanos a incidência é maior (C1, C2, D1 e D2). D2, de grande lotação, em espaço urbano, sublinha que este serviço se efectiva apenas em 10 utentes sem cuidadores informais. A1, de pequena lotação e B2, de grande

lotação, situam-se ambos em espaço territorial rural, no litoral, com boas acessibilidades, a menos de uma dezena de quilómetros das sedes dos concelhos respectivos.

Os SAD que não disponibilizam este serviço, nem meios conducentes à satisfação desta eventual necessidade (A2 e B1) situam-se ambos em espaço rural (serra) sendo, respectivamente, de pequena e de grande lotação. A maior incidência da disponibilização em meio urbano, poderá justificar-se pela proximidade e/ou acessibilidades de espaços comerciais e, consequente, menor gasto de tempo, na satisfação desse compromisso por parte dos SAD.

(v) *Serviço de transporte* (mini-bus ou outro) – A quase totalidade das instituições (A1, A2, B1, B2, C1 e D1), não disponibilizam este serviço aos utentes SAD.

Confirma-se a sua existência do serviço em C2, de pequena lotação, em espaço urbano. Esta disponibilidade concretiza-se nos dias úteis (em 5 dias), para a cidade mais próxima (vizinha) que, não sendo a sede do Concelho respectivo, é a da natural deslocação da população local. D2, de grande lotação, em espaço urbano, embora com resposta afirmativa, especifica que este serviço se limita a duas deslocações anuais dos utentes interessados, à sede do Concelho respectivo, para participação em actividades recreativas promovidas pela instituição gestora do SAD.

(vi) *Administração dos gastos pessoais de utentes* – Este tipo de colaboração é inexistente em A1, A2, B1, B2, C1 e D1.

Em D2, de grande lotação, em espaço urbano este serviço é prestado apenas a dois utentes sem retaguarda familiar ou cuidador informal. C2, de pequena capacidade em espaço medianamente urbano, disponibilizará o serviço se e quando for necessário, não tendo actualmente qualquer utilizador.

(vii) *Acompanhamento* (personalizado) *em visitas a amigos/familiares e/ou eventos sociais* – Não se verifica a disponibilização deste tipo de acompanhamento em. (A1, A2, B1, C1, C2, D1 e D2). B2, de grande lotação, em espaço rural, constando embora com resposta afirmativa, constatou-se, em abordagem não dirigida, que esta afirmação se refere a acompanhamento colectivo a eventos sociais e/ou excursões.

(viii) *Acompanhamento* (personalizado) *a espaços de lazer/recreativos e/ou culturais* – da análise da diversidade de respostas relativas à sua disponibilização, concluiu-se a inexistência generalizada do efectivo acompanhamento personalizado. As respostas afirmativas (A1, B2, C2, e D2) referem-se a acompanhamento colectivo a eventos promovidos pela autarquia ou por colectividades locais, nomeadamente da rede social.

(ix) *Acompanhamento* (personalizado) *a serviços religiosos/de culto ou similares* – O acompanhamento relacionado especificamente a fins religiosos pode ser considerado inexistente no universo das instituições-alvo. B2, de grande lotação, em espaço rural concretiza a respectiva prestação em actos pontuais do culto Católico, nomeadamente, acções preparatórias de celebrações festivas desta Igreja, pessoais e/ou colectivas. Crê-se como importante referir que nos Centros Sociais Paroquiais é o pároco respectivo que assume o cargo de Presidente da Direcção do Equipamento.

#### **1.7.5. Serviços Complementares**

(i) *Formação para cuidadores informais*; (ii) *Tele-assistência* – Não existem em qualquer das instituições estudadas. Sabe-se, no entanto, que o serviço de tele-assistência é utilizado por um número significativo de utentes de uma IPSS do distrito, situada a curta distância de uma das instituições estudadas.

(iii) *ADI (Apoio Domiciliário Integrado)* – Verifica-se maior tendência para a inexistência (A1, A2, B1, B2 e C2). Confirma-se a existência de casos em C1, de pequena lotação, em espaço urbano e em D1 e D2 de grande lotação, em espaço urbano. Estes três estabelecimentos têm em comum, além de se situarem todos em espaço territorial urbano, o facto de as respectivas entidades gestoras serem Santas Casas da Misericórdia e, estas, gerirem outras valências da área da saúde: consultas de especialidade e meios auxiliares de diagnóstico em C1 e D2; consultas de especialidade e unidade de internamento D1.

Em termos quantitativos, são 10 os utentes abrangidos nos respectivos protocolos de acordo em (D1 e D2); C1, não concretizou, na resposta a esta questão, o número de utentes constantes no protocolo de acordo, respectivo.

Em resumo, verifica-se ausência absoluta nos estabelecimentos do espaço rural e incidência quase absoluta nos de espaço urbano. Atribui-se pouco significado à excepção de C2, por se tratar da instituição de menor lotação, por se situar em espaço medianamente urbano e por se apresentar com características de funcionamento menos comuns.

(iv) *Banco de Ajudas técnicas* (nomeadamente, camas articuladas, colchões e outras protecções anti-escaras, cadeiras para diferentes utilizações, andarilhos, canadianas, roupas diversas) – A situação apresenta alguma heterogeneidade, com maior tendência para a sua inexistência (A1, B1, C1, C2 e D1). Confirma-se a sua disponibilização

nomeadamente em A2 de pequena lotação em meio rural, em B2, de grande lotação em meio rural e em D2 de grande lotação, em espaço urbano.

Não se encontra justificação objectiva para a situação. Esta poderá estar na diferente sensibilidade das respectivas directoras técnicas e/ou Direcções para a manifesta ou potencial, necessidade dos respectivos utentes e consequente motivação para a decisão da organização da resposta. A pouca pressão da comunidade na respectiva procura pode limitar a iniciativa quanto ao apetrechamento desse serviço.

(v) *Orientação/acompanhamento de pequenas alterações/obras no domicílio do utente para maior segurança e/ou conforto* – Verifica-se forte heterogeneidade com tendência para a inexistência desta disponibilização (A1, B1, C1 e C2).

Em A2 e B2 respectivamente, de pequena e de grande capacidade em espaço rural e em D2, de grande lotação em espaço urbano, constata-se disponibilização. Em D1 houve omissão de resposta.

(vi) *Substituição de cuidadores informais* (temporária, em situações de emergência) – Não existe em absoluto, nem como critério formal, nem informalmente para situações excepcionais.

(vii) *Apoio no luto* – É maior a tendência para a não existência (A1, A2, C1, C2 e D2). Confirma-se este apoio, designadamente, em B1 e B2, de grande capacidade, em meio rural e em D1, de grande lotação, em meio urbano. Realce para o predomínio desta disponibilização nos SAD de maior lotação, independentemente do espaço territorial respectivo. A justificação poderá estar no facto de num estabelecimento com maior lotação ser maior a probabilidade de aparecimento de casos que façam sentir, à respectiva coordenação, a necessidade dessa resposta e consequentemente da sua organização.

(viii) *Terapia animal* – É absolutamente inexistente, como serviço disponibilizado ou promovido pelas instituições.

#### **1.7.6. Comentários aos Serviços Disponibilizados/Prestados**

Constatou-se uniformidade quase absoluta na ausência de comentários, com excepção, nomeadamente, de B1 que refere a existência um número significativo de utentes que não aceita o plano individual de cuidados por falta recursos financeiros. Isto é, os respectivos rendimentos não suportariam os potenciais encargos correspondentes à globalidade dos serviços considerados necessários, e consequentemente, propostos.

B2, realça que sempre que as situações o justificam, garante: serviço de lavandaria 7 dias na semana, deslocação a podologista, apoio no luto, diligências/acordo informal com os bombeiros, para assegurar o transporte para fisioterapia/reabilitação.

**Tabela 3. Serviços e Actividades SAD /Equipamentos**

		Rural pequeno						Rural Grande						Urbano pequeno						Urbano grande						
Equip/SAD-»		A1			A2			B1 C. Paroquial			B2 C. Paroquial			C1 Sta. Misericórdia			C2 da Associação de Solidariad.			D1 Sta. Misericórdia			D2 Sta. Misericórdia			
Utentes-»		Fundação			C. Social																					
		27			21			50			33			29			13			37			98			
Serv./Actividades		S	Ut	%	S	Ut	%	S	Ut	%	S	Ut	%	S	Ut	%	S	Ut	%	S	Ut	%	S	Ut	%	
Actividad Básicas.	DistribRefeic	x	22	81	x	19	90	x	50	100	x	33	100	x	16	55	x	05	38	x	32	86	x	72	73	
	AssPrepRefeic	x	1	0,4	x	0		x	0		x	22	66						x	5	13	x	0			
	Acomp naRefeic	x	11	40	x	4	19	x	9	18	x	27	81	x	18	62	x	1	0,7		x	27	72	x	42	42
	HigienPessoal	x	3	11	x	2	0,4	x	27	54	x	15	45	x	5	17				x	32	86	x	11	11	
	ServLavandar	x	3	11	x	2	0,9	x	31	62	x	15	45	x	18	62				x	32	86	x	4	0,4	
	HigienHabitac	x	0		x	0					x	22	66							x	0		x	2	2	
Cuidados de saúde	Mobilizações																									
	MédUrgência																									
	CuidEnfermg																									
	EnfgNoiteUrg									a)																
	GestãoMedicç	x			x			x	7	14	x	22	66	x			x			x	4	11	x	10	10	
	AssistTomaMed	x			x			x	2	4	x	22	66				x			x	7	19	x	5	5	
Serviços especializ.	FistpReabilitaç																		b)							
	Podologia																									
	TerpOcupac,																									
	TerapFala																									
	Psictrp/AjPsiclg																									
	ServReligiosos																									
Apoio Instrumental	AconsllhmLegal	x																								
	AssistBanc.	x			x																					
	AssCuidPess.	x									x			x						x			x			
	Cabeleireiro												b)						b)						b)	
	AssAquisBens	x									x			x			x			x						
	ServTransporte																x									
Serviços Complement.	AdmGastsPess.																x									
	AcompVisEvSoc																x									
	AcompRecrCultur	x									x						x									
	AcompServCulto																									
	FormCuidInfrm																									
	Tele-Assistênc.																									
Serviços Complement.	ADI																									
	BancoAjTéc				x						x									x	10	27	x	10	10	
	OrAcompObrDom				x						x															
	SubsTempC.Inf.																					a)				
	ApoioLuto																									
	Terapia animal										x															
Legenda: S – Sim																										
x – Existência do serviço																										
Ut – Utilizadores (utentes do serviço)																										
% - Percentagem de utilizadores, relativamente ao número de utentes SAD, respectivo.																										
Obs:																										
a) Não sabe ou não respondeu																										
b) Assegura apenas os transportes																										

Legenda: S – Sim

x – Existência do serviço

Ut – Utilizadores (utentes do serviço)

% - Percentagem de utilizadores, relativamente ao número de utentes SAD, respectivo.

Obs:

a) Não sabe ou não respondeu

b) Assegura apenas os transportes

## 1.8. Dinâmicas Intra-Institucionais

*Interacção com a comunidade* – Alguns dos objectivos do SAD, considerados fundamentais, são manter as pessoas idosas ligadas à comunidade, conservar e alimentar o sentido de pertença, reforçar a relação com o meio envolvente (Rodriguez, 2000). Nesta variável pretendia-se analisar práticas internas do SAD, promotoras do estreitamento dessa relação. Essas eventuais rotinas revelariam os meios habitualmente usados para divulgação/informação, sensibilização e promoção/implementação de condições de acesso

a iniciativas/ serviços, com interesse para as pessoas idosas, quer promovidos por serviços públicos quer por outras forças vivas da comunidade (rastreios de saúde; excursões; eventos culturais, desportivos ou recreativos; programas para idosos, etc.).

Verifica-se que na maioria das instituições, é prática comum a divulgação de eventos/serviços de maior interesse para a população idosa (A1, A2, B1, B2, D1 e D2).

Esses procedimentos são habituais em todas as instituições-alvo do espaço territorial rural (A1, A2, B1 e B2). São também comuns nos equipamentos de maior lotação do espaço urbano (D1 e D2).

Nos estabelecimentos de pequena dimensão do espaço urbano (C1 e C2), não estão ainda implementadas essas rotinas. A justificação para esta situação poderá estar, na ausência da formação académica adequada das actuais coordenadoras: Em C2, verifica-se o acompanhamento menos assíduo da coordenadora, em consequência do regime e condições da prestação do trabalho (é docente do ensino básico, sem formação académica em Serviço Social, coordena o SAD em regime de *part-time*, na qualidade de voluntária). Em C1, à data da recolha de dados, verificava-se uma situação anómala pelo facto do acompanhamento e coordenação ser feito em regime de substituição, por impedimento prolongado da respectiva técnica titular do lugar.

Em resumo pode concluir-se por uma situação satisfatória das instituições, no que respeita circulação da informação útil e necessária aos utentes no seu domicílio.

### **1.9. Dinâmicas Inter-Institucionais**

*As parcerias* – Esta forma de articulação/colaboração institucional (autarquias, sociedades recreativas, associações culturais e/ou artísticas, clubes desportivos e outras), verificam-se sobretudo no domínio das actividades recreativas, culturais e desportivas. A celebração de parcerias é uma prática em desenvolvimento, designadamente nos equipamentos com respostas sociais para a população idosa. A análise desta variável revelou que, das instituições SAD estudadas, apenas B1 tem uma parceria formal com a autarquia (Município) para o fornecimento das ementas. A1, B2, D2 referem parcerias informais com sociedades recreativas, Associação de Bombeiros, Centro de Emprego e Município, que se concretizam em colaborações pontuais, de índole diversificada.

### **1.10. Gestão de dados/Acesso ao SAD**

*Crítérios de admissão: preferência/exclusão* – Quase todas as instituições confirmam a existência de critérios preestabelecidos para acesso ao respectivo SAD (A1, A2, B1) B2,

C1, D1, D2). Apenas em C2, Associação de Solidariedade de pequena lotação, em meio medianamente urbano, cada candidatura é analisada casuisticamente pela Direcção, embora na generalidade sejam, prioritariamente atendidos os associados considerados, por aquele Órgão, como mais carenciados.

#### **1.10.1. Âmbito Territorial**

(i) *Residência na freguesia* – Verifica-se uniformidade absoluta na sua consideração como condição de preferência para o atendimento dos pedidos de acesso ao SAD, em todas as Instituições com critérios objectivamente definidos (A1, A2, B1, B2, C1, D1, D2).

(ii) *Residência na área Concelho* (fora da freguesia da Instituição) – Verifica-se grande diversidade nos critérios relativos a esta situação. Em A1 e A2 e em B2, respectivamente, de pequena e de grande capacidade, em espaço rural, as respectivas Direcções analisam e decidem pontualmente os pedidos de cada candidato nesta situação. Em B1, de grande capacidade, em espaço rural e em C1, de pequena capacidade, em espaço urbano, as candidaturas de residentes fora da freguesia são excluídas (não são consideradas). Em D1, de grande capacidade, em espaço urbano, os candidatos residentes em outras freguesias do Concelho, sem cobertura local de SAD, são considerados no mesmo grau de preferência que os residentes na freguesia da Instituição. Em D2, de grande capacidade em espaço urbano, não é dado qualquer relevo à residência fora da freguesia. Nesta instituição, situações pessoais de outro tipo, podem superar as de mera residência no espaço da Freguesia ou do Concelho.

(iii) *Proximidade do domicílio, relativamente à Instituição* (distância em tempo) – A situação de proximidade não constitui qualquer relevância para A1, B1, B2, D1, D2. Crê-se de interesse realçar que neste grupo se encontram as instituições de grande capacidade, dos espaços territoriais urbano e rural. Já para A2, de pequena capacidade, em meio rural (serra), essa condição pode ser, na análise respectiva Direcção, um factor decisivo. Em C1, de pequena capacidade em espaço urbano, esse elemento é considerado como condição de preferência.

(iv) *Outras condições* – Verifica-se alguma diversidade na consideração de outros elementos nos critérios de admissão/preferência. Concretamente em A1, A2, B1, C2 e D1 não são consideradas outras situações dos candidatos ao SAD. Em B2, de grande capacidade em espaço rural e em C1 e C2, de pequena capacidade em espaço urbano, as



respectivas Direcções estão abertas à consideração de outros elementos não especificáveis para a ponderação conducente à decisão.

Em resumo, no acesso ao SAD os critérios são tendencialmente transparentes. As pontuais arbitrariedades fundamentam-se, objectivamente, em razões de equidade e de justiça social. A localização do domicílio do utente na Freguesia da instituição SAD, ou na proximidade, é das condições frequentes nos critérios para acesso ao Serviço preestabelecidos pelos órgãos gestores.

Embora ligeira, a tendência para a consideração da residência do candidato ao SAD, na freguesia da instituição, é mais objectiva no espaço territorial rural (A1, A2, B1, B2). A consideração da proximidade do domicílio, relativamente à Instituição é apenas objectivamente assumida em C1, de pequena capacidade, em espaço predominantemente urbano (cosmopolita). Neste estabelecimento, o conceito de proximidade é definido, nomeadamente, em distância não superior a um raio de 3 km, contados a partir da instituição e em tempo até ao limite aproximado de 5 minutos de viagem em transporte privado.

Em termos de especificidade objectiva de critérios, destacam-se ainda: B2, de grande capacidade em espaço rural, em que se considera como factor de exclusão, o domicílio do utente em área do Concelho mas fora da freguesia da Instituição, quando localmente (na freguesia do domicílio) exista cobertura SAD, com capacidade de resposta; D2 exclui estatutariamente uma das freguesias (a maior) do Concelho por existir, nessa freguesia, um equipamento social, com valência SAD de grande

### **1.10.2. Âmbito Pessoal**

*(i) Dependência; (ii) inexistência ou insuficiência de retaguarda familiar/apoio informal; (iii) isolamento social ou geográfico* – Verifica-se uniformidade muito forte na consideração preferente de qualquer destas situações. Apenas C2, de pequena dimensão em espaço medianamente urbano, não se pronunciou sobre estas questões.

*(iv) Desajustamento ou conflito familiar grave; (v) Condições habitacionais (precárias)* Verifica-se unanimidade nas instituições em estudo, na consideração destas condições como preferentes.

*(vi) Vínculo (como sócio /membro) à Associação ou Irmandade* – É forte a tendência para a não relevância desta condição (A1, A2, B1, B2 e D2). Em D2, essa condição também é omissa no que se refere aos critérios de admissão de candidatos ao SAD. Em

C1 e D1, Misericórdias com SAD, respectivamente, de pequena e de grande lotação, ambos em espaço urbano, a condição de pertença às respectivas Irmandades, concede preferência na admissão. Realce para C2, Associação, com SAD de pequena lotação em espaço medianamente urbano, em que apenas os sócios podem beneficiar do SAD (assim como das demais valências).

*(vii) Ausência ou insuficiência de rendimentos que permitam a cobrança da respectiva participação percentual, para o SAD* – Verifica-se uma maior tendência para dar preferência aos candidatos de menores recursos económicos (A1, B1, B2, C1, C2 e D2). Na adopção deste critério não se evidenciam diferenças no que respeita aos estabelecimentos de pequena ou de grande capacidade, respectivamente, A1, C1, C2 e B1, B2, D2. Também não se verifica qualquer padrão quanto à sua implantação territorial em espaço rural (A1, B1, B2) ou urbano (C1, C2, D2). Nesta quase generalização, não se incluem A2, de pequena lotação em espaço rural, que submete os casos nessa situação à consideração da respectiva Direcção que os analisa e decide, face ao conhecimento circunstanciado de cada candidato, nem D1, de grande lotação em espaço urbano, que não atribui qualquer relevância à situação, no acto da decisão.

*(viii) Presença de doença infecciosa* – Verifica-se uma forte diversidade no modo de considerar as candidaturas de portadores de doença infecciosa. Em C2 e em D1 e D2 respectivamente, de pequena e de grande capacidade em espaço urbano e em B2, de grande capacidade em espaço rural, a decisão de aceitação ou de recusa, é da competência das respectivas Direcções; em B1 e B2, de grande capacidade espaço rural, não é factor de exclusão, mas é necessário o conhecimento para acompanhamento especial; em A1 e C1, ambos de pequena capacidade, respectivamente, em espaço rural e em espaço medianamente urbano, não aceitam candidatos nessa situação, a existência de patologias desse tipo é motivo de exclusão liminar dos respectivos pedidos. D2, de grande lotação em espaço urbano, considera esta situação na relação das condições de preferência.

*(ix) Outras situações (pessoais), preferenciais ou de exclusão* – Não se verificou qualquer registo de outras situações no universo das instituições-alvo.

Em resumo, a análise evidencia uma ligeira tendência para a não existência de critérios homogéneos. As decisões dependem, mais frequentemente, da avaliação casuística, das respectivas Direcções.

### 1.10.3. Lista de Espera (Tabela 4)

Na análise inerente à existência de lista do SAD, especificamente, para adultos maiores de 65 anos, verifica-se equilíbrio relativamente ao número de Instituições com e sem lista de espera.

(i) *Têm lista de espera*: A1 de pequena capacidade em espaço rural; D2 e C1, C2 respectivamente, de grande e de pequena capacidade, em espaço urbano.

(ii) *Não têm lista de espera*: A2 e B1, B2, respectivamente, de pequena e de grande capacidade, em espaço rural; D1 de grande capacidade, em espaço urbano. Verifica-se forte tendência para a existência de lista de espera nos SAD de espaço urbano (C1, C2 e D2).

(iii) *Situações determinantes dos pedidos do SAD* – Não existe uniformidade por parte das instituições na caracterização das situações que, objectivamente, determinam o pedido do SAD. Verifica-se que no meio urbano são consideradas determinantes situações de dependência (C1 e D2); problemas familiares (C1); outros problemas (C2). As situações de dependência, são a única razão expressa, em A1, único SAD de espaço rural com lista de espera.

Em resumo, verifica-se forte tendência para a sobrelotação dos SAD no espaço urbano e existência, consequente, de listas de espera. A justificação para a tendência constatada poderá estar na maior dificuldade em encontrar apoio informal, no espaço urbano relativamente ao espaço rural /ou também numa maior procura de outras valências no espaço rural, nomeadamente, os Centros de Convívio, Centros de Dia ou mesmo a institucionalização.

O facto de o número de dependentes em lista de espera ser tão elevado, relativamente a outras situações poderá ter, entre outras, duas justificações de maior relevo: do lado dos utentes, uma maior dificuldade em garantir a satisfação das necessidades básicas e/ou instrumentais; do lado das instituições, uma menor disponibilidade para atender pedidos que integrem um mais amplo leque de serviços, como consequência da necessidade de racionalização interna do quadro de cuidadores, designadamente por razões de equilíbrio financeiro.

**Tabela 4. Lotação SAD/Potenciais Utentes em Lista de Espera**

Espç.Territ/Ca pacidade	Equipa mento	Tipo de Instituição	Lotaçã o SAD	Indivíduos em espera			
				númer o utentes	Problemas Dependênc. Familiares	Outros	Total
Urbano Grande	D1	Sta Casa da Misericórdia	37	-	-	-	0
	D2	Sta Casa da Misericórdia	98	10	-	-	10
Urbano Pequeno	C1	Sta Casa da Misericórdia Assoc. de	29	13	12	-	25
	C2	Solidariedade	13	-	-	17	17
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	50	-	-	-	0
	B2	Centro Social Paroquial	33	-	-	-	0
Rural Pequeno	A1	Fundação	27	5	-	-	5
	A2	Centro Social	21	-	-	-	0
Total				28	12	17	<b>57</b>

#### 1.10.4. Gestão da Lista de Espera

- (i) *Antiguidade* (contacto mediante a vaga) – Nas instituições com lista de espera (A1, C2 e D2), existe forte incidência na gestão por antiguidade: A1, de pequena lotação em espaço rural; C2 e D2, respectivamente, de pequena e de grande lotação, ambas em espaço urbano.
- (ii) *Monitorizada* (com contacto periódico para actualização) – Esta forma de gestão da lista de espera não é praticada em qualquer das instituições estudadas.
- (iii) *Encaminhamento* (para Instituição com disponibilidade dentro do Concelho) – Este procedimento é praticado em D1, de grande lotação, em espaço urbano. Na falta de resposta própria, é feito o encaminhamento de eventuais candidatos para outra Instituição SAD com possibilidade de satisfação imediata do pedido, dentro do Concelho. D2, de grande lotação em espaço urbano, usa a gestão por antiguidade articulando-a com o reencaminhamento dentro do Concelho, quando o domicílio em causa se situa na área de cobertura de outra Instituição existente no Concelho, depois de confirmar a disponibilidade para resposta imediata.

(iv) *Mista* (manutenção em lista de espera, com proposta de atendimento imediato a custo real) – Nas instituições estudadas é absoluta a inexistência desta forma de gestão da lista de espera.

(v) *Outra* – C1, de pequena lotação em espaço urbano, tem a peculiaridade de dar prioridade, no preenchimento das vagas, absoluta a casos sinalizados por Serviços da Comunidade, nomeadamente, do Ministério Público, da Segurança Social e dos Serviços de saúde. Satisfeitos estes, na presença de vaga, são tidas em conta situações pessoais específicas, ficando em primeira linha, as necessidades de cuidados de higiene pessoal, e os pedidos que resultam de conflitos familiares graves. Para casos comuns em espera, é também procurado reencaminhamento para as Instituições de maior proximidade dentro do respectivo Concelho.

(vi) *Comentários às listas de espera* – Verifica-se tendência para a ausência de comentários às listas de espera. Em A1, é referido que a gestão por antiguidade é sempre conjugada com a situação pessoal específica do potencial utente. A instituição B1, de grande lotação em espaço rural procura dar satisfação a todos os pedidos, do modo possível, até que surja a vaga. D2 (Santa Casa da Misericórdia), de grande lotação, em espaço urbano, sublinha que a falta de recursos nunca é factor susceptível de retardar a satisfação do pedido. Realça o facto de haver pedidos satisfeitos, para além do Protocolo de acordo assinado com a Segurança Social (isto é, acima do número limite estabelecido), a custo zero para o utente.

#### **1.10.5. Reclamações e Queixas de Utentes (vias/suportes)**

(i) *Através da coordenadora* (constatadas/apresentadas) – As reclamações ou queixas dos utentes são veiculadas desta forma “sempre ou quase sempre” na maioria das instituições (A1, A2, B2, C1 e D1). Nestas, prevalecem as de espaço rural (A1, A2 e B; B1 não respondeu); C1 e D1, em espaço urbano, tendo em comum, entre si, o facto de serem de pequena capacidade e de pertencerem a Santas Casas da Misericórdia, referem ser, também esta, a via da preferência dos respectivos utentes. Em D2, de grande lotação, em espaço urbano, esta via é escolhida, “algumas vezes” e em C2, de pequena capacidade, em espaço urbano, esta via, “nunca ou quase nunca”, é escolhida

(ii) *Apresentação oral na instituição* – É relativa a homogeneidade na escolha “algumas vezes” desta via, nomeadamente em A1, A2, B1, B2, em espaço rural e em D1, de grande lotação, em espaço urbano. Verifica-se uniformidade absoluta desta prática nas instituições de espaço rural. Em C2, de pequena lotação, em espaço medianamente

urbano, esta é a via escolhida, “sempre ou quase sempre”. Em C1 e D2, respectivamente, de pequena e de grande lotação, em espaço urbano, esta via, “nunca ou quase nunca, é escolhida”.

(iii) *Registo no Livro de Reclamações (Livro Amarelo)*; (iv) *Comunicação Social* – Verifica-se uniformidade absoluta (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1, D2) nas respostas (*nunca ou quase nunca*) ao uso destas vias.

(v) *Carta/exposição escrita* – São quase unânimes as resposta “nunca ou quase nunca” no uso deste meio, sendo que apenas em A1, de pequena lotação, em espaço rural, esta via é usada “algumas vezes”.

(vi) *Telefone* – Constata-se alguma diversidade no uso do telefone: A1, B1, B2 e D1, escolhem-na “algumas vezes”; A2, C1 e C2, “nunca ou quase nunca”, a escolhem; em D2 escolhem-na “sempre ou caso sempre”. É maior a tendência para a escolha desta via em contextos rurais.

#### **1.10.6. Reclamações (competências)**

É muito forte a incidência da atribuição de competências, para o tratamento das reclamações/queixas, à Coordenação Técnica do SAD (A1, B2, C1, C2, D1 e D2). A homogeneidade é absoluta nos SAD de espaço urbano (C1, C2, D1 e D2). Apenas em A2 e B1, respectivamente, Centro Social de pequena lotação e Centro Social Paroquial de grande lotação, ambos em espaço rural, o órgão gestor (Direcção) assume directamente essa função.

A possível justificação para a não delegação desta competência, poderá estar, nomeadamente, no grau abertura das respectivas Direcções; na precariedade dos contratos de trabalho e/ou na pouca experiência da respectiva coordenadora técnica (caso de B1, situado em meio serrano de muito fracas acessibilidades); na disponibilidade dos elementos da Direcção, em termos de tempo, para a prestação do serviço à Instituição.

#### **1.10.7. Análise da Última Reclamação Apresentada em cada SAD**

As reclamações incidem, em absoluto, na área da prestação dos cuidados. Todas as reclamações expressas em cada instituição, objectivamente consideradas sem muita gravidade, estão relacionadas com as *Actividades Básicas da Vida Diária* (ABVD), com maior tendência para o que se relaciona com o serviço de refeições. Verifica-se alguma diversidade, nas queixas:

- (i) *Refeições* – A queixa, relaciona-se com o modo de confecção de determinados prato/alimento designadamente em A1 e A2, de pequena capacidade, em espaço rural; em B2, de grande capacidade em espaço rural; em D2, de grande lotação, em espaço urbano;
- (ii) *Serviço de Lavandaria* – No que respeita a esta área do cuidado, é alegada, designadamente, a troca de peça de vestuário, em B1, de grande lotação, em espaço rural e a falta de arranjo de costura numa peça de vestuário em D1, de grande dimensão, em espaço urbano;
- (iii) *Cuidado de Higiene Pessoal* – as queixas referem-se a falta de pontualidade na hora da prestação do cuidado e consequente atraso na deslocação para a sessão de fisioterapia, em C1 e C2, de pequena capacidade, em espaço urbano.

De realçar que não há menção de qualquer reclamação/queixa em termos relacionais ou do trato com as Ajudantes de Acção Directa, prestadoras dos cuidados ou com outros profissionais.

Em resumo, por observação participada ou mesmo constatação directa há ainda a referir alguma reclamação implícita no respeitante à escassez do tempo das cuidadoras, para a escuta sem pressas, para a partilha de preocupações e/ou para o acolhimento de algumas confidências de carácter existencial.

#### **1.10.8. Reclamações (Estratégias de Acção)**

Na análise desta variável pretende-se conhecer os dinamismos das instituições conducentes à compreensão, quer das razões do reclamante, quer da atitude ou do facto reclamado, numa perspectiva formativa e de respeito pelo direito às manifestação de desagrado. Pretende-se ainda conhecer iniciativas com vista à implementação de estratégias preventivas que evitem ou minimizem as reincidências, uni ou bilaterais.

- (i) *Audição do reclamante* (utente/familiar) – Constatada total uniformidade (A1, A2, B1, B2, C1, C2, D1, D2) na prática da audição do reclamante (utente/familiar) pela técnica ou pelo órgão de gestão competentes, sobre o assunto objecto de reclamação/queixa.
- (ii) *Audição da pessoa reclamada* (ou do responsável pelo respectivo Serviço) – É quase absoluta a uniformidade da prática da audição, feita pela técnica/órgão de gestão competente, à pessoa reclamada ou responsável pelo serviço objecto de reclamação (A2, B1, B2, C2, D1 e D2). Apenas em A1, de pequena capacidade, em espaço rural, não está ainda implementada esta prática, sendo que C1, não respondeu.

(iii) *Comunicação da decisão consequente* (ao utente/familiar) – Todas as Instituições refere o uso deste procedimento, de forma tácita ou expressa, em conformidade com cada situação.

(iv) *Medidas preventivas decididas/implementadas* – Verifica-se total uniformidade na adopção de medidas preventivas. Estas têm por objectivos, designadamente, a garantia de eficácia, a correcção das situações em que se reconheça existir fundamento para a reclamação apresentada e a eliminação ou minimização de eventuais repetições da situação/facto reclamada/o.

(v) *Avaliação de resultados* – É quase unânime a afirmação da prática da avaliação de resultados (A1, A2, B1, B2, C1, D1, D2). Constata-se uma quase total uniformidade na definição do prazo de um mês, para proceder à avaliação em causa (A1, A2, B1, B2, C1, D1). Em C2, de pequena lotação, em espaço medianamente urbano, não foi ainda implementada essa prática. Em D2, de grande lotação, em espaço urbano, a avaliação é feita na primeira oportunidade em que decorra uma normal situação, idêntica àquela que, por ter sido considerada anómala, deu origem a reclamação.

Em resumo, constatada uma ausência quase total, de comentários a esta matéria, com excepção, nomeadamente de B2, de grande capacidade em espaço rural, que refere que, sendo embora da competência da Directora Técnica o respectivo tratamento, há reclamações/queixas que pelo seu conteúdo são levadas, pela mesma técnica, à respectiva Direcção. Refere ainda que para minimizar as reclamações, existe um livro interno de registo de alterações às rotinas de utentes, de consulta diária obrigatória para as Ajudantes de Acção Directa prestadoras de cuidados, antes destas profissionais iniciarem as respectivas funções.

A1, de pequena lotação, em espaço rural, realça que o SAD sempre tenta satisfazer as necessidades/vontades dos respectivos utentes.

### **1.11. Financiamento/Recursos Financeiros**

Sob este título pretende-se analisar, especificamente, o suporte financeiro dos SAD, dentro de cada organização promotora, isto é, as receitas e as respectivas fontes. Pretende-se ainda conhecer eventuais razões susceptíveis de em consequência de imprevisível aumento de despesas ou diminuição de receitas, gerarem desequilíbrios no seu próprio orçamento.



### **1.11.1. Fontes - Rendimentos Próprios (da Instituição)**

Constituem uma minoria as instituições com receitas próprias. Prevalecem as que não contam com essa fonte de rendimentos.

(i) *Existência de rendimentos próprios:* Verifica-se em A1, Fundação, de pequena lotação em espaço rural; C1 e (D1 e D2), Misericórdias, respectivamente, de pequena e de grande lotação, em espaço urbano.

(ii) *Inexistência de rendimentos próprios:* A2 e em B1 e B2, *Centros Sociais* em espaço rural, o primeiro de pequena e os dois últimos de grande capacidade; C2, *Associação de Solidariedade Social* local, de pequena lotação em espaço medianamente urbano.

Em resumo, os SAD desenvolvidos por instituições de constituição e prática mais antigas na área da solidariedade, contam com suportes económicos próprios. As Fundações pelas suas próprias características e as Misericórdias pelas iniciativas tradicionalmente promovidas, investindo no sentido de rentabilizar o próprio património. No caso das, Estas são as instituições que, em regra, apresentam uma menor dependência financeira.

Os SAD dos Centros Sociais e das Associações de Solidariedade locais, tendencialmente de maior implementação no espaço rural, são instituições economicamente mais dependentes do financiamento público e da solidariedade da comunidade.

### **1.11.2. Fontes - Comparticipação de Utentes (mensalidades)**

Todas as instituições cobram comparticipações dos respectivos utentes. A análise desta variável coloca em evidência a heterogeneidade acentuada na forma e na substância dos valores percentuais, aplicáveis aos respectivos rendimentos mensais (RM), para apuramento das mensalidades a cobrar a cada utente. Esta diversidade é verificável quer na modalidade global dos serviços contratados e prestados, quer na dos serviços contratados e prestados, unitariamente.

O que apresenta maior especificidade, é o caso de C2, Associação de pequena lotação em espaço medianamente urbano, em que a mensalidade praticada tem o valor fixo de 25 € (em 2005) Este valor para os utentes do SAD, já inclui o valor da respectiva quota de sócio (5 €- anuidade).

a) *As percentagens globais (Tabela 5).*, aplicáveis aos rendimentos mensais (RM), para apuramento da comparticipação (mensalidade) a cobrar pela prestação da totalidade dos serviços contratados objectivamente identificados no contrato escrito são, designadamente: (i) 40%, em A1 e em A2, de pequena lotação em espaço rural; (ii) 50%,

em B2 e em D1, de grande lotação, em espaço rural e em espaço urbano, respectivamente; (iii) 60%, em C1 e em D2, respectivamente de pequena e de grande lotação, ambos em espaço urbano, sendo que em C1 a comparticipação dos utentes é apurada com base em escalões de rendimentos que no seu resultado final pretende ser próximo dos valores que resultariam da aplicação da percentagem em epígrafe aos respectivos RM; (iv) B1, situa-se na aplicação de uma taxa inferior a 60%, uma vez que o valor resultante da sua aplicação, é balizada por dois limites: máximo de 100 € e mínimo 53 €, em função da situação social objectiva do utilizador.

Em resumo, a análise dos dados evidencia tendência para a aplicação de valores percentuais mais elevados, no meio urbano. Neste espaço territorial, as Misericórdias são também as instituições que aplicam percentagens mais elevadas, havendo aqui homogeneidade absoluta na prática da aplicação (sobre o RM) de percentagens de valor igual ou superior a 50%

**Tabela 5. Valores das mensalidades (globalidade dos serviços)**

Espç.Territ/ Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Percentagens Globais	
			% do Rendim. Mensal	Valor Fixo
Urbano Grande	D1	Santa Casa da Misericórdia	50%	
	D2	Santa Casa da Misericórdia	60%	
Urbano Pequeno	C1	Santa Casa da Misericórdia	60%	
	C2	Assoc. de Solidariedade		25 €
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	<60% (*)	Max: 100 €; min: 53 €
	B2	Centro Social Paroquial	50%	
Rural Pequeno	A1	Fundação	40%	
	A2	Centro Social	40%	
Obs: (*) Conforme quadro socio-económico.				

*b) As percentagens parcelares, aplicáveis aos rendimentos mensais (RM), para apuramento da comparticipação (mensalidade) a cobrar pela prestação de cada serviço, unitariamente contratado, são diferenciadas em função da especificidade do serviço contratado, efectivamente prestado, nomeadamente:*

(i) *Cuidados de higiene e conforto pessoal* (Tabela 6): 5% em A2, de pequena capacidade em espaço rural; 10% em B2, de grande capacidade em espaço rural; 20% em A1, de pequena capacidade em espaço rural e em D2, de grande lotação em espaço urbano; 30% em D1, de grande capacidade, em espaço urbano.

Em B1, de grande capacidade em espaço rural, os valores são calculados em função da real situação económica, sendo sempre inferiores aos que resultariam da aplicação das percentagens parcelares, especificamente, recomendadas pela Segurança Social.

Em C1, de pequena lotação em espaço urbano, o valor a cobrar pela prestação de cada serviço parcelar é casuisticamente, decidido pela respectiva Direcção. Tem como referência o escalonamento dos rendimentos dos utilizadores. Não obedece a valores resultantes da aplicação de percentagem, mas resulta aproximado.

**Tabela 6. Valores (parcelar) das mensalidades - Higiene e Conforto Pessoal**

Espç.Territ/ Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Percentagens Parcelares (Higiene e Conforto Pessoal)	
			% do Rendim. Mensal	Valor Fixo
Urbano Grande	D1	Santa Casa da Misericórdia	30%	
	D2	Santa Casa da Misericórdia	20%	
Urbano Pequeno	C1	Santa Casa da Misericórdia	(*)	
	C2	Assoc. de Solidariedade		25 €- Serv.Integral
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	(**)	
	B2	Centro Social Paroquial	10%	
Rural Pequeno	A1	Fundação	20%	
	A2	Centro Social	05%	
Obs: (*) – Decisão da Direcção da Instituição. Não obedece a valores resultantes da aplicação de percentagem, mas aproxima-se;				
(**) – Valores calculados em função da real situação sócio-económica de cada utente.				

(ii) *Serviço de Distribuição de Refeições* (Tabela 7), 20% em A1, de pequena capacidade em espaço rural; 30% em A2, de pequena capacidade em espaço rural; 40% em D1, de grande capacidade em espaço urbano; 50% em B2 e D2, de grande capacidade, respectivamente, em espaço rural e em espaço urbano.

**Tabela 7. Valores (parcelares) das mensalidades – Refeições**

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Percentagens Parcelares Refeições	
			% do Rendim. Mensal	Valor Fixo
Urbano Grande	D1	Santa Casa da Misericórdia	40%	
	D2	Santa Casa da Misericórdia	50%	
Urbano Pequeno	C1	Santa Casa da Misericórdia	(*)	
	C2	Assoc. de Solidariedade		25 €- Serv.Integral
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	(**)	
	B2	Centro Social Paroquial	50%	
Rural Pequeno	A1	Fundação	20%	
	A2	Centro Social	30%	
Obs: (*) – Decisão da Direcção da Instituição. Não obedece a valores resultantes da aplicação de percentagem, mas aproxima-se;				
(**) – Valores calculados em função da real situação sócio-económica de cada utente.				

(iii) *Lavandaria* (tratamento de roupas) (Tabela 8): 5%, em A1 e A2 e em B2, de pequena capacidade e de grande capacidade respectivamente, em espaço rural e D1, de grande capacidade em espaço rural; 10%, em D2, de grande capacidade em espaço urbano.

**Tabela 8. Valores (parcelar) das mensalidades – Lavandaria**

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Percentagens Parcelares Lavandaria	
			% do Rendim. Mensal	Valor Fixo
Urbano Grande	D1	Santa Casa da Misericórdia	5%	
	D2	Santa Casa da Misericórdia	10%	
Urbano Pequeno	C1	Santa Casa da Misericórdia	(*)	
	C2	Assoc. de Solidariedade		25 €- Serv.Integral
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	(**)	
	B2	Centro Social Paroquial	5%	
Rural Pequeno	A1	Fundação	5%	
	A2	Centro Social	5%	

Obs: (\*) – Decisão da Direcção da Instituição. Não obedece a valores resultantes da aplicação de percentagem mas aproxima-se;  
 (\*\*\*) – Valores calculados em função da real situação socio-económica de cada utente.

(iv) *Cuidados de higiene e asseio habitacional (Tabela 9)*: 5%, em A1 e A2 e em B2 respectivamente, de pequena capacidade e de grande capacidade, em espaço rural e em D1, de grande capacidade em espaço rural; 10% em D2, de grande capacidade em espaço urbano.

Em C1, de pequena capacidade em espaço urbano, o valor a cobrar pela prestação de cada serviço parcelar é casuisticamente decidido pela respectiva Direcção. Não obedece a valores resultantes da aplicação de percentagem, mas aproxima-se.

(v) Em B1, de grande capacidade em espaço rural, os valores são calculados em função da real situação económica, sendo sempre inferiores aos que resultariam da aplicação das percentagens parcelares recomendadas, especificamente, pela Segurança Social.

Na aplicação de percentagens parcelares, no caso da prestação de mais do que um serviço, há homogeneidade absoluta na adopção do critério de que a soma das percentagens das respectivas parcelas deve ter sempre como limite máximo o valor da percentagem global praticado pela Instituição respectiva.

Em resumo, dentro da heterogeneidade, existe tendência para proximidade relativa na aplicação de diferentes valores percentuais, quer no que respeita à comparticipação global quer na comparticipação parcelar correspondente a cada serviço, unitariamente prestado pelas mesmas instituições. B1 e C1, revelam um ligeiro afastamento da forma mais comum de encontrar os valores a cobrar por serviços parcelares. C2, destaca-se da referida tendência, na forma referida no parágrafo introdutório desta matéria, É uma Associação de pequena capacidade em espaço medianamente urbano, com prática

absolutamente atípica, também em matéria de comparticipação dos respectivos utentes, relativamente às demais instituições.

**Tabela 9. Valores (parcelar) das mensalidades – Higiene e Cuidado Habitacional**

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Percentagens Parcelares	
			% do Rendim. Mensal	Valor Fixo
Urbano Grande	D1	Santa Casa da Misericórdia	5%	
	D2	Santa Casa da Misericórdia	10%	
Urbano Pequeno	C1	Santa Casa da Misericórdia		(*)
	C2	Assoc. de Solidariedade (**)	-	-
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial		(***)
	B2	Centro Social Paroquial	5%	
Rural Pequeno	A1	Fundação	5%	
	A2	Centro Social	5%	

Obs: (\*) – Decisão da Direcção da Instituição. Não obedece a valores resultantes da aplicação de percentagem, mas aproxima-se;  
(\*\*) – Não disponibiliza esse serviço;  
(\*\*\*) – Valores calculados em função da real situação sócio-económica de cada utente.

### 1.11.3. Fontes – Comparticipação da Segurança Social

Todas as instituições são financeiramente comparticipadas pela Segurança Social.

Trata-se de uma forma de financiamento público, assumido através de *Protocolos de Acordo* com a Segurança Social, que garante a cada Estabelecimento subscritor um valor igual ao produto da multiplicação do valor unitário estabelecido para a respectiva valência, pelo número de utentes constantes no referido Protocolo. Os valores unitários são objecto de actualização anual. O número de utentes acordados, não pode ser superior ao da capacidade outorgada à instituição, para a valência SAD, no respectivo licenciamento ou em posterior alargamento formal do acordado no protocolo inicial.

### 1.11.4. Fontes - Comparticipação das Autarquias

É quase inexistente este tipo de comparticipação. Apenas dois equipamentos, (A2 e B1), ambos em espaço rural, não acompanham esta tendência, sendo que, A2, de pequena

capacidade, beneficia de comparticipação da Junta de Freguesia e da Câmara Municipal enquanto B1, de grande capacidade, que recebe apoio financeiro municipal.

#### **1.11.5. Fontes – Comparticipação da Comunidade (Donativos)**

Verifica-se forte tendência para a comparticipação da comunidade, nos equipamentos do espaço rural (A1, A2, B1 e B2). Nos equipamentos do espaço urbano a ausência dessa comparticipação é quase absoluta. Esta generalização é apenas quebrada em C2, de pequena capacidade em espaço medianamente urbano.

Os *donativos em espécie* da comunidade provêm, nomeadamente: do *Banco Alimentar Contra a Fome* (como apoio a pessoas ou famílias carenciadas) para A1, A2, B1, B2 e C2; de *Empresas e/ou Instituições locais*, apenas para B1, de grande capacidade em espaço rural (serrano); de *particulares* para A2 e para B1 e B2, respectivamente de pequena e de grande capacidade, em espaço rural.

Em resumo, presença é homogénea da comparticipação da comunidade, na diversidade das suas formas, para os equipamentos em espaço rural. De realçar que a solidariedade dos particulares, apenas se manifesta no espaço rural.

É absoluta a ausência deste tipo de comparticipação para os equipamentos C1 bem como para D1 e D2, respectivamente, de pequena e de grande lotação, em espaço urbano pertencente a Misericórdias. Neste espaço territorial, apenas C2, Associação de Solidariedade, de pequena lotação, beneficia de donativos em espécie.

#### **1.11.6. Análise do Sub-Financiamento**

Nesta variável pretende-se analisar as causas que podem comprometer, ainda que transitoriamente, o equilíbrio financeiro do SAD. Para apuramento desta situação foi considerado como ano de referência o último ano civil financeiramente encerrado.

(i) *Insuficiência ou ausência de valores cobrados* - Este tipo de situações quase não tem significado. No ano financeiro, anterior ao da recolha de dados (2004), apenas duas das instituições objecto do estudo não acompanharam essa tendência. Apresentaram situações de insuficiência e/ou ausência de valores cobrados a utentes nomeadamente: A1, uma Fundação, de pequena capacidade em espaço rural, com 27 casos; D2, uma Misericórdia, de grande lotação em espaço urbano, com 8 casos.

Nas demais rubricas, consideradas como susceptíveis de eventualmente, originar situações de sub-financiamento referem-se: (ii) *Quebra imprevista do número de utentes*; (iii)

*Alterações (subidas) significativas, inesperadas, de custos orçamentados;* (iv) *Crédito malparado;* (v) *Incumprimentos;* (vi) *Atrasos;* (vii) *Outros;* Verificou-se uniformidade absoluta, na não existência de situações desse tipo, no ano orçamental objecto de análise.

#### **1.12. Análise dos Recursos Humanos Afectos ao SAD** (Tabela 10)

(i) *Assistentes Sociais* – Quase todas as instituições possuem profissionais dessa categoria. Dos SAD estudados, apenas C2, de pequena lotação em espaço medianamente urbano, não possui profissional com formação nesta área académica.

Verifica-se uniformidade forte nas funções desempenhadas por estas profissionais e no modo da respectiva afectação ao SAD, designadamente: responsáveis pela coordenação técnica de todas as valências dos respectivos equipamentos em A1, A2, B1 e B2 do espaço territorial rural e em D1, de grande capacidade em espaço urbano; responsabilidade pela coordenação da SAD e de outras valências da área da população idosa em C1, de pequena capacidade em espaço urbano; afectação exclusiva à coordenação técnica da SAD em D2, de grande lotação em espaço urbano.

Verifica-se uma maior tendência para a atribuição de responsabilidades da coordenação técnica de todo o estabelecimento, nos equipamentos do espaço rural (A1, A2, B1 e B2) e nestes, estão em maioria os Centros Sociais (A2, B1 e B2).

Esta forma de organização do trabalho poderá justificar-se por um melhor aproveitamento das competências técnicas destas profissionais e por outras condicionantes, nomeadamente: a dimensão dos equipamentos; o peso financeiro das correspondentes remunerações e respectivos encargos sociais; a escassez de recursos destas instituições.

(ii) *Animadores Sociais* – Não existem em absoluto profissionais desta categoria com funções orientadas para os utentes da valência SAD. B2, de grande lotação em espaço rural, possui um animador social cuja actuação se limita às actividades de animação que decorrem nas instalações do equipamento, destinadas especificamente aos utentes da valência Centro de Dia. Essas actividades são, no entanto, abertas a qualquer utente SAD que possa e queira deslocar-se àquelas instalações.

Em resumo, é muito forte a tendência para inexistência destes profissionais. Esta situação é, sobretudo, justificada pelo ainda insuficiente conhecimento, dos objectivos deste tipo de trabalho e consequente desvalorização pelas Direcções dos estabelecimentos (entrevista focada-conversacional)

A animação social é assumida, no possível e de diferentes formas, pelas assistentes sociais coordenadoras dos SAD (observação directa).



(iii) *Assistente Religioso (Capelão e/ou outro/a)* – É absolutamente inexistente esta figura nos SAD. Nos Centros Sociais Paroquiais (B1 e B2) de grande lotação em espaço rural, este acompanhamento é diligenciado pela coordenação técnica, a pedido expresso dos utentes, veiculado pelas respectivas prestadoras dos cuidados e assumido pelo Director do Estabelecimento, pároco da comunidade. Destaque para B1, caso em que o Director do Centro visita regularmente todos os utentes SAD nos respectivos domicílios. Nessas visitas disponibiliza-se para qualquer tipo de acompanhamento religioso solicitado ou para a preparação do solicitante com vista à efectivação do mesmo serviço, nomeadamente, ao recebimento de um Sacramento (informação do próprio corroborada pela Directora Técnica em entrevista focada-conversacional).

(iv) *Enfermeira/o* – Não existem enfermeiros afectos integral ou parcialmente à valência SAD. No caso específico de D2, de grande lotação em espaço urbano verifica-se ligeira separação desta tendência. Aqui, na inexistência de retaguarda familiar ou de cuidador informal, a coordenadora do SAD, informada da necessidade pela respectiva prestadora dos cuidados, diligencia junto da competente Unidade de Saúde a visita domiciliária de enfermeira/o, (entrevista focada-conversacional).

(v) *Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional*; (vi) *Gerontólogo/a*; (vii) *Médico/a* – constatada a inexistência absoluta de profissionais destas especialidades.

Em D1 e D2, de grande lotação em espaço urbano, verifica-se ligeira especificidade, no que respeita à figura do/a médico/a: em D1, Misericórdia com valência de hospital (de gestão particular e financiamento público) em que o médico, apesar de não estar afecto ao SAD, apoia-a ao nível de receituário nas doenças crónicas; em D2, face à inexistência de retaguarda familiar ou de cuidador informal, a Coordenadora do SAD, informada da necessidade por elemento da respectiva equipa prestadora dos cuidados, diligencia junto da competente Unidade de Saúde (Centro ou Extensão de Saúde) o pedido de visita domiciliária.

(viii) *Nutricionista* – Tendência quase absoluta para a não existência desta categoria de profissionais, sendo que B1, de grande lotação em espaço rural, tem uma parceria com a Câmara Municipal que disponibiliza os serviços de um profissional seu com esta categoria, para a elaboração das ementas, D1, de grande lotação em espaço urbano, conta com profissional próprio a tempo parcial.

(ix) *Psicólogo* – É generalizada a tendência para a inexistência de psicólogos/as. Das oito instituições, apenas D1, de grande lotação em espaço urbano, se separa desta tendência, com um profissional do Equipamento a tempo parcial no SAD.

(x) *Terapeuta de fala* – Não existe em qualquer das instituições-alvo.

(xi) *Outros profissionais técnicos/especializados* – São quase inexistentes outras categorias profissionais especializadas. B1, de grande dimensão em espaço rural, quebra esta generalização pela existência de um motorista para o SAD. Esta situação excepcional, poderá justificar-se, nomeadamente: pelas características geográficas do respectivo espaço territorial, caracterizado por serra fortemente acidentada; pela forte dispersão e de acessibilidades perigosas dos lugares dos domicílios dos utentes; pela distância dos centros urbanos; pelo isolamento e consequentes carências dos utentes também em termos de transporte, quer nas necessidades correntes quer nas situações de emergência.

**Tabela 10. Lotação SAD/Número de Profissionais Especializados**

(Não integra os Supervisores, Coorden. e Chefes pois induziria, quem lesse, a somá-los, falseando os dados)

	Instituições SAD							
	Urbano Grande		Urbano Pequeno		Rural Grande		Rural Pequeno	
	D1 (37) Sta.Cas aMiseri c.	D2 (98) Sta.Cas aMiseri c	C1 (29) Sta.Cas aMiseri c	C2 (13) Assoc. Solidari e	B1 (50) C.Social Paroquial	B2 (33) C.Social Paroquia l	A1 (27) Fundaçã o	A2 (21) Centro Social
Profiss.Especializadas								
Assistente Social	1 a)	1 b)	1 c)	-	1 a)	1 a)	1 a)	1 a)
Animador Social	-	-	-	-	-	1 *	-	-
Assistente Religioso	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermeiro/a	-	-	-	-	-	-	-	-
Fisioterapeuta								
Terapeuta								
Ocupacional	-	-	-	-	-	-	-	-
Gerontólogo/a	-	-	-	-	-	-	-	-
Médico/a	-	-	-	-	-	-	-	-
Nutricionista	1 *	-	-	-	1 **	-	-	-
Psicólogo	1 *	-	-	-	-	-	-	-
Terapeuta de Fala	-	-	-	-	-	-	-	-
Outros:	-	-	-	-	1 d)	-	-	-
Obs: a) – Coordenadora Técnica do Equipamento; b) – Coordenadora do SAD; c) – Coordenadora do SAD e de								
outras valências da área dos idosos; d) – Motorista.								
* – Comum a outras valências								
** – Parceria (colaboração) com Autarquia(Município)								

(xii) *Supervisores Coordenadores e Chefes* (Tabela 11) – Verifica-se ligeiro predomínio das instituições com pessoal de coordenação e/ou de chefia exercendo, exclusivamente, funções nos SAD (A1, A2, B2, C1 e D1). Onde estas situações se verificam, estas profissionais supervisionam e/ou coordenam, nomeadamente: a direcção técnica do próprio Estabelecimento (A1, A2, B2 e D1); a direcção técnica de outras valências do mesmo Equipamento, na área da população idosa (C1); a Direcção Técnica do próprio SAD, em afectação exclusiva a esta valência em D2, de grande lotação em espaço urbano.

(xiii) *Administrativos e Secretários* (Tabela 12) – A não afectação em exclusividade dos profissionais com esta categoria a funções do SAD é absoluta (A1, A2, B2, C1, D1 e D2). Em B1, de grande capacidade em espaço rural e em C2, de pequena capacidade em espaço urbano, não existe pessoal administrativo ou secretários/as. As funções são assumidas, designadamente: em B1, por elemento da Direcção em part-time; em C2, pela coordenadora do SAD em part-time como trabalho voluntário.

Verifica-se forte tendência para a existência de apenas um profissional, responsável pelas várias funções das diferentes valências do respectivo Equipamento (A1, A2, C1, D1 e D2). Separa-se desta tendência, B2, de grande dimensão em espaço rural, com dois administrativos.

**Tabela 11. Lotação SAD/ Supervisores Coordenadores e Chefes**

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Lotação SAD	Supervisores Coordenadores e Chefes Número de Elementos		
			Número utentes	Tempo Parcial (no SAD)	Tempo Inteiro	
Urbano Grande	D1	Sta Casa da Misericórdia	37	1	a)	
	D2	Sta Casa da Misericórdia	98		1	
Urbano Pequeno	C1	Sta Casa da Misericórdia Assoc.	29	b)	1	
	C2	Solidariedade	13	c)		
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	50	1	a)	
	B2	Centro Social Paroquial	33	1	a)	
Rural Pequeno	A1	Fundação	27	1	a)	
	A2	Centro Social	21	1	a)	

Obs:

- a) – Com regime de trabalho a tempo inteiro. Coordenação SAD, assumida pela coordenadora técnica, da Instituição.
- b) – Coordenação SAD assumida cumulativamente com a de outras valências
- c) – Coordenação feita em regime de voluntariado

**Tabela 12. Lotação SAD/Pessoal Administrativo e Secretários**

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Lotação SAD	Administrativos e Secretários Número de Elementos	
			Número utentes	Tempo Parcial (no SAD)	Tempo Inteiro
Urbano Grande	D1	Sta Casa da Misericórdia	37	1 **	a)
	D2	Sta Casa da Misericórdia	98	1 *	a)
Urbano Pequeno	C1	Sta Casa da Misericórdia Assoc. de	29	1 **	a)
	C2	Solidariedade	13	0	-
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	50	0	-
	B2	Centro Social Paroquial	33	2 ***	a)
Rural Pequeno	A1	Fundação	27	1 **	a)
	A2	Centro Social	21	1 **	a)
Obs: a) - Todos os elementos com regime de trabalho a tempo inteiro. A afectação a funções SAD é parcial.					
* - Comum ao Apoio no Pré-Escolar, Jardim de Infância/Creche					
** - Comum a outras valências					
*** - Comum a todas as valências(C. Dia, Complem. Apoio à Família no Pré-Escolar , ATL, Creche)					

(xiv) *Ajudantes de Acção Directa* (Tabela 13) – Em diferentes ângulos de análise deste item, constata-se muito forte heterogeneidade no que se relaciona com estes prestadores do cuidado, nomeadamente em matéria de: número absoluto de profissionais; organização do trabalho; proporcionalidade *Ajudante de Acção Directa/número de Utentes*; tempo inteiro no SAD; tempo parcial no SAD; responsabilização por outras funções/tarefas, cumulativamente com as específicas da categoria profissional; exercício de funções inerentes a outras valências.

Crê-se importante referir que não existem em qualquer Instituição, ajudantes contratadas a tempo parcial. Estas profissionais são contratadas pelo Estabelecimento a tempo inteiro, para exercerem funções em diferentes valências desse mesmo Equipamento. Caracteriza-se como parcial a afectação do tempo, a cada valência, previamente definido pelo órgão gestor ou directora técnica competente.

Tabela 13. Rácios – Lotação SAD/Ajudantes de Acção Directa (AAD)

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Lotação SAD	Ajudantes de Acção Directa			Rácios
				Número utentes	Tempo Parcial no SAD	Tempo Inteiro	
Urbano Grande	D1	Sta Casa da Misericórdia	37	-	10		1/3,7
	D2	Sta Casa da Misericórdia	98	-	15		1/6,5
Urbano Pequeno	C1	Sta Casa da Misericórdia Assoc.	29	-	04		1/7,2
	C2	Solidariedade	13	-	02		1/4,1
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	50	-	06		1/8,3
	B2	Centro Social Paroquial	33	-	08 **		1/4,1
Rural Pequeno	A1	Fundação	27	-	05 *		1/5,4
	A2	Centro Social	21	01 ***	01		1/10,5
Obs							
* - Colaboram na lavandaria							
** - Assumem, cumulativamente, o trabalho da lavandaria							
*** - O necessário							

(xv) *Cozinheiros/as e ajudantes de cozinha* (Tabela 14) – Constata-se diversidade tanto no número de elementos como na organização do trabalho. É forte a tendência, também nos profissionais com esta categoria, para a afectação não exclusiva a funções da valência em análise (A1, A2, B1, B2, C1, C2 e D1). D2, de grande lotação em espaço urbano destaca-se desta tendência, com 2 profissionais a tempo inteiro com afectação exclusiva ao SAD.

(xvi) *Pessoal de Limpeza e de Lavandaria* (Tabela 15) – No número de elementos afectos a esta função, como na organização do trabalho, não se verifica uniformidade. Também nestes profissionais, se pratica a afectação não exclusiva ao SAD (A2, B1, C1, C2, D1 e D2). Separados desta tendência, mas com proximidade de procedimentos entre si, estão A1, e B2, respectivamente, de pequena e de grande lotação, em espaço rural, em que *serviços de lavandaria e de limpeza* são reforçados ou, cumulativamente assumidos, pelas Ajudantes de Acção Directa, após o desempenho das funções da prestação, mais directa, do cuidado.

**Tabela 14. Lotação SAD/ Cozinheiros (as) e Ajudantes de Cozinha**

Espç.Territ/Capacidade	Equipamento	Tipo de Instituição	Lotação SAD	Cozinheiros/as e Ajudantes de Cozinha Número de Elementos	
			Número utentes	Tempo Parcial (no SAD)	Tempo Inteiro
Urbano Grande	D1	Sta Casa da Misericórdia	37	2 **	a)
	D2	Sta Casa da Misericórdia	98		2
Urbano Pequeno	C1	Sta Casa da Misericórdia Assoc.	29	2 **	a)
	C2	Solidariedade	13	2 **	a)
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	50	2 *	a)
	B2	Centro Social Paroquial	33	4 ***	a)
Rural Pequeno	A1	Fundação	27	3 **	a)
	A2	Centro Social	21	1 **	a)

Obs: a) - Com regime de trabalho a tempo inteiro. Parcial, é a afectação a funções SAD.  
\* - Comum ao ATL  
\*\* - Comum a outras valências  
\*\*\* - Comum a todas as valências (C. Dia, Complem.Apoio à Família no Pré-Escolar, ATL, Creche)

(xvii) *Indiferenciados (polivalentes)* – A prática de contratação destes profissionais, tem pouco significado (A1, A2, B2 e D2). Verifica-se diversidade no número de elementos e na organização do trabalho. De entre as instituições com pessoal indiferenciado A2 e B2, respectivamente, de pequena e de grande lotação, em espaço rural, confirmam a tendência para a afectação não exclusiva ao SAD. Apenas em A1 e D2, respectivamente, de pequena capacidade em espaço rural e de grande lotação em espaço urbano, existem profissionais, sem categoria específica, em afectação exclusiva a tempo inteiro ao SAD.

(xviii) *Outras categorias profissionais* (Tabela 16) – Não existem nas instituições SAD, outras categorias de profissionais administrativos ou de manutenção.

Em resumo, é forte a incidência da prática da afectação dos mesmos profissionais ao exercício da mesma função ou, em casos menos frequentes, mais do que uma função, em valências diferentes do mesmo Equipamento. A justificação para estas situações poderá estar na necessidade de uma melhor rentabilização do tempo e das práticas dos profissionais, aliada ao facto de, num número significativo de SAD, as respectivas lotações não justificarem a contratação de profissionais em função específica exclusiva, em regime de tempo completo. Tal contratação, a ser feita, forçaria a prática de regimes de trabalho a tempo parcial, com todos os constrangimentos daí resultantes quer para os

profissionais em causa, quer para as Instituições, para estas nomeadamente, ao nível das substituições nas folgas ou impedimentos com diferentes causas.

**Tabela 15. Lotação SAD/ Pessoal de Limpeza e de Lavandaria**

Espç.Territ/Ca pacidade	Equipa mento	Tipo de Instituição	Lotação SAD	Pessoal de limpeza e de lavandaria Número de Elementos	
			Número utentes	Tempo Parcial (no SAD)	Tempo Inteiro
Urbano Grande	D1	Sta Casa da Misericórdia	37	2 **	a)
	D2	Sta Casa da Misericórdia	98	1 *	a)
Urbano Pequeno	C1	Sta Casa da Misericórdia	29	2 **	a)
	C2	Assoc. de Solidariedade	13	1 **	a)
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	50		2
	B2	Centro Social Paroquial	33	8 ****	
Rural Pequeno	A1	Fundação	27	****	1
	A2	Centro Social	21	1	a)

Obs: a) - Com regime de trabalho a tempo inteiro. Afectação parcial a funções SAD.  
 \* - Comum ao Apoio no Pré-Escolar, Jardim de Infância/Creche  
 \*\* - Comum a outras valências;  
 \*\*\* - Comum a todas as valências(C. Dia, Complem. Apoio à Família no Pré-Escolar, ATL, Creche);  
 \*\*\*\* - Trabalho assumido, cumulativamente, pelas Aj. Acç.Directa SAD.

**Tabela 16. Lotação SAD/ Pessoal Indiferenciado (Polivalente)**

Espç.Territ/Ca pacidade	Equipa mento	Tipo de Instituição	Lotação SAD	Pessoal indiferenciado(polivalente) Número de Elementos	
			Número utentes	Tempo Parcial (no SAD)	Tempo Inteiro
Urbano Grande	D1	Sta Casa da Misericórdia	37	-	-
	D2	Sta Casa da Misericórdia	98		1
Urbano Pequeno	C1	Sta Casa da Misericórdia	29	-	-
	C2	Assoc. de Solidariedade	13	-	-
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	50	-	-
	B2	Centro Social Paroquial	33	5 a)	
Rural Pequeno	A1	Fundação	27		1
	A2	Centro Social	21	1 a)	

Obs: a) - Com regime de trabalho a tempo inteiro. Afectação parcial a funções SAD.

### **1.12.1. Intervenção/Actuação Sistémica(Equipas Multidisciplinares)**

Na generalidade das instituições não há equipas multidisciplinares com intervenção no SAD. Apenas num Equipamento do espaço urbano (D1) existe equipa multidisciplinar integrando, além da assistente social e do animador social, o nutricionista e o psicólogo. Trata-se de uma Instituição que além de valências para idosos desenvolve a sua actividade na área da saúde, integrando um estabelecimento que, entre outras, inclui a resposta de internamento hospitalar.

Resumindo, constata-se, nomeadamente: um recurso incipiente ao animador social; uma lacuna ainda maior no que respeita à área da nutrição e ao acompanhamento psicológico; uma inexistência absoluta no que respeita a profissionais especializados das áreas de Reabilitação e da Gerontologia Social e/ou Geriatria. A inexistência desta última área, poderá justificar-se por três ordens de factores: por se tratar de especialidades relativamente novas, pela escassez da oferta, pela pouca divulgação da sua existência. A insuficiente promoção dessa divulgação, resulta em ausência do conhecimento por parte dos directores técnicos e/ou dos competentes gestores das instituições da sua grande importância para a população idosa, para as respectivas famílias e para os profissionais prestadores de cuidados.

(i) *Reuniões da equipa multidisciplinar* –As práticas (B2 e D1) de calendarização de reuniões das respectivas equipas pluridisciplinares têm pouco significado, designadamente: em B2, de meio rural, as reuniões são semanais e nelas participam a assistente social (Directora Técnica da Instituição) e a animadora social, uma voluntária que oferece a sua colaboração à instituição exercendo nela essa função; em D1, as reuniões são mensais com a participação da assistente social (Directora Técnica da Instituição), da psicóloga e do nutricionista.

### **1.12.2. Caracterização do Pessoal (Profissional)**

a) *Análise da Função/Figura do Coordenador* – Prevalece a coordenação da SAD, feita de modo não exclusivo. Em geral, ao técnico coordenador do SAD estão atribuídas outras competências nomeadamente, as de coordenação de outras valências da Instituição, quer da área da população idosa, quer das da infância.

Está quase generalizada a prática de a Directora Técnica da Instituição estar acometida a coordenação directa da valência SAD.



Destaca-se dos demais um SAD (D2), que funciona sob coordenação autónoma exclusiva de uma técnica. O órgão de gestão do Equipamento promotor desta SAD, uma Santa Casa da Misericórdia, tem várias valências, de diferentes grupos etários, desenvolvendo também serviços da área da saúde.

Embora com gestão comum cada área, tem coordenação autónoma por técnico com habilitação específica adequada.

Existe uniformidade quase total, na habilitação académica dos coordenadores do SAD que é exercida geralmente por Assistentes Sociais.

A excepção verifica-se apenas em C2, de pequena capacidade, em espaço territorial medianamente urbano, coordenado por um elemento com outra habilitação, embora esta também de grau académico superior (Professora do 1º Ciclo do Ensino Básico).

b) *Ajudantes de Acção Directa*

(i) *Habilitações literárias* – Existe nas diferentes instituições, diversidade na habilitação literária destas profissionais. A habilitação mais frequente corresponde ao 1º Ciclo do Ensino Básico (A2, B2, C1, D1 e D2), sendo que em B1 e em C2, a habilitação mínima é o 2º Ciclo do Ensino Básico.

Apenas em A1, de pequena lotação em espaço rural, existe uma profissional que, embora sabendo ler e escrever, não possui qualquer habilitação literária.

A diferenciação, nos diferentes Equipamentos é ainda mais acentuada na habilitação literária máxima possuída por estas profissionais: em A1 e B2, respectivamente, de pequena e de grande lotação, ambas em espaço rural e em C1, de pequena lotação em espaço urbano, a habilitação máxima é o Ensino Secundário; em D1 e D2, de grande lotação em espaço urbano, é o 3º Ciclo do Ensino Básico; em A2, de pequena lotação em espaço rural e em C2, de pequena lotação em espaço urbano, é o 2º Ciclo do Ensino Básico;

Das 8 Instituições, apenas em B1, de grande lotação em espaço urbano, a habilitação máxima destas profissionais é o Ensino Técnico Profissional, na área do apoio à população idosa (*agente de geriatria*), possuída apenas por um elemento. Pela especificidade da situação, é de realçar o papel desta profissional na formação informal da respectiva equipa (entrevista focada-conversacional com um dos elementos da Direcção do Equipamento).

(ii) *Habilitações/Formação profissionais* (Curso de Ajudante Familiar/Ajudantes de Acção Directa/ Agentes de Lar ou equivalente) (Tabela 17) – A heterogeneidade é muito forte nesta área, nas diferentes vertentes em análise, nomeadamente: número de funcionários com formação; número de horas de formação em sala; outras formas de formação. Constata-se acentuada tendência para a existência de profissionais com formação (*Ajudantes/Agentes de Lar*, ou equivalente), em percentagem semelhante nos respectivos universos dos profissionais desta categoria (A1, B1, B2, C2, D1 e D2). É forte tendência para um número de horas de formação individual, superior a 30 (A1, C2, D1 e D2) nos profissionais com esta formação nas Instituições estudadas. Apenas em B1 e B2, de grande capacidade em espaço rural, as cuidadoras têm menos de 30 horas de formação. Das oito Instituições, duas (A2 e C1) distanciam-se desta tendência pela ausência absoluta de profissionais com este tipo de formação.

**Tabela 17. Ajudantes de Acção Directa (AAD) – Formação**

Espç.Territ/Capacidade	Equip.	Tipo de Instituição	Ajudantes de Acção Directa			
			Número de elementos	Com Formação	%	Horas de form.
Urbano Grande	D1	Santa Casa da Misericórdia	10	10	100%	>30h
	D2	Santa Casa da Misericórdia	15	12	80%	>30h
Urbano Pequeno	C1	Santa Casa da Misericórdia	4	0	-	-
	C2	Assoc. de Solidariedade	2	2	100%	>30h
Rural Grande	B1	Centro Social Paroquial	6	3	50%	<30h
	B2	Centro Social Paroquial	8	7	87%	<30h
Rural Pequeno	A1	Fundação	5	5	100%	>30h
	A2	Centro Social	1	0	-	-

(iii) *Programas de Formação em exercício* – É acentuada a existência de programas de Formação em Exercício/Formação na Acção (A2, B1, B2, C2, D1 e D2). A1 e C1, de pequena capacidade, respectivamente em espaço rural e em espaço urbano, não possuem programas de formação.

(iv) *Treino informal*, relacionado com as tarefas a realizar – Este modo de formação é praticado em A2, de pequena capacidade em espaço rural e em D2, de grande capacidade em espaço urbano.

(v) *Formação prévia* durante o período de orientação e treino no decorrer das tarefas a realizar – C2 e D1, respectivamente de pequena e de grande capacidade, ambos em espaço urbano têm estas práticas implementadas.

(vi) *Reuniões regulares* do pessoal numa perspectiva de continuidade – Esta prática é confirmada apenas por B2, de grande capacidade em espaço rural.

(vii) *Reuniões programadas regularmente* (com utilização de filmes, conferências/seminários de especialistas) – É absolutamente inexistente a prática deste modo de formação.

Dá-se destaque especial à especificidade de B1, de grande capacidade em espaço rural, em que a formação em exercício é feita através do acompanhamento personalizado disponibilizado por um elemento da própria equipa de Ajudantes de Acção Directa com Formação Profissional adequada (*Agente de Geriatria*).

(viii) *Formação/Participação* – Verifica-se forte tendência para a existência de uma participação de pelo menos 75% dos funcionários, em cursos organizados/promovidos pela respectiva Instituição ou pelo Direcção do Equipamento (A1, B1, B2, D1 e D2). Separam-se desta tendência A2, de grande capacidade em espaço rural e C1 e C2, de pequena capacidade, em espaço urbano.

(ix) *Formação/Avaliação* – Verifica-se a existência de procedimentos internos de avaliação do desempenho das respectivas funções e/ou tarefas, numa acentuada maioria das instituições estudadas (A1, A2, B1, C2, D1 e D2). B2, de grande capacidade em espaço rural e C1, de pequena capacidade em espaço urbano, não têm implementada qualquer rotina com vista à avaliação do desempenho dos seus colaboradores.

(x) *Conhecimento (falado) de outro idioma além do Português* – É muito pouco significativa (A1, B2 e C2) a existência de profissionais com conhecimento (falado) de línguas estrangeiras. Em termos dos idiomas, é falado, nomeadamente: o francês em C2, de pequena capacidade em espaço urbano, por duas cuidadoras; o alemão em A1, de pequena capacidade em espaço rural, por uma cuidadora; o espanhol (Venezuela) em B2, de grande capacidade em espaço rural, com uma cuidadora.

Em resumo, na caracterização pessoal das Ajudantes de Acção Directa, quer quanto às respectivas habilitações literárias quer no que respeita às modalidades de formação,

verifica-se forte heterogeneidade. Constata-se alguma tendência para a posse habilitação/formação profissional específica e, nesta, com maior proximidade no número de horas de formação. A2 e C1, de pequena capacidade, respectivamente, em espaço rural e urbano apresentam formação menos estruturada.

c) *Pessoal voluntário*

São absolutamente inexistentes as equipas de voluntariado integradas em apoio domiciliário. Do total das 8 instituições nenhuma delas tem voluntariado organizado constituído em equipas. Existem no entanto, dois equipamentos (B1 e C2) que se destacam ligeiramente dessa tendência, nomeadamente: B1, de grande capacidade em espaço rural, que possui um elemento voluntário responsável pelas actividades de animação na instituição, mas não com os utentes no domicílio. Na sua generalidade, essas actividades são planeadas e organizadas para a valência *Centro de Dia*, são no entanto, abertas aos utentes SAD, que possam, queiram e tenham meios para se deslocarem ao estabelecimento. Em ocasiões especiais e/ou festivas objectivamente definidas, nomeadamente, Carnaval, Santos Populares, S. Martinho e convívio de Natal é facultado transporte da Instituição, aos utentes SAD que possam e manifestem o desejo de participar.

No caso de C2, de pequena capacidade em espaço urbano, o elemento voluntário, exerce, em *part-time*, funções de gestão. É também responsável pela coordenação do SAD. Trata-se de uma *Associação de Solidariedade* de âmbito de actuação local, cujas fontes de rendimentos são essencialmente as quotizações dos respectivos sócios e a comparticipação (financiamento) da Segurança Social. A situação deste equipamento, poderá justificar-se pela manifesta carência de recursos, o que influenciará a forma atípica do seu funcionamento. O espaço territorial onde se situa é medianamente urbano habitado por uma população predominantemente operária, com uma grande incidência de situações de desemprego (entrevista-focada conversacional).

### **1.12.3. Caracterização dos Voluntários**

(i) *Voluntariado Social* – Não existe qualquer equipa de voluntários ou mesmo voluntários actuando individualmente, em actividades de acção directa no apoio domiciliário. Em âmbito marcadamente social apenas um dos equipamentos, B1, de grande capacidade em espaço rural, beneficia do trabalho individual de uma voluntária.

Esta participa exclusivamente em actividades de animação direccionadas para os utentes do Centro de Dia, algumas delas pontualmente abertas a utentes do SAD.

(ii) *Voluntariado em funções de coordenação*. Em C1, Associação de Solidariedade de pequena capacidade, situada em meio medianamente urbano, a gestão SAD é feita em part-time por uma voluntária.

A razão de ser da não existência de voluntariado no SAD tem justificação, apresentando coerência nos modos como é manifestado, quer na forma expressa quer na implícita, especificamente: na *justificação expressa* – a pouca disponibilidade da Coordenadora técnica ou outro elemento competente para o processo de implementação, formação e acompanhamento iniciais deste potencial grupo; na *justificação implícita* – o director técnico acumulando a coordenação de diferentes valências e funções de gestão delegadas, formal ou informalmente, pelas respectivas Direcções e o défice generalizado de uma cultura local de trabalho voluntário organizado nos SAD.

## **2. Serviço de Apoio Domiciliário/Utilizadores**

O ponto 2 da análise de resultados, incidirá sobre os utilizadores do SAD. O presente estudo coloca o seu enfoque no SAD, sua estrutura e políticas de gestão. Para uma visão mais abrangente e uma melhor compreensão desta resposta social, é indispensável conhecer, ainda que sumariamente, todos os actores deste processo. O grupo dos destinatários dessas políticas constitui a razão de ser da organização do Serviço (*que SAD, para quem?*).

### **2.1. Caracterização dos Utentes do SAD**

Esta caracterização situa-se em quatro eixos considerados fundamentais para o grupo de pessoas idosas particularmente as pessoas idosas utilizadoras dos SAD objecto deste estudo, nomeadamente: (i) *características biográficas* (género, grupo etário, residência, estado civil, níveis de instrução, profissão/ocupação enquanto activos); (ii) *caracterização socio-económica* (rendimentos, tempo de vinculação ao SAD); (iii) *capacidades funcionais/Actividades da Vida Diária (AVD)* e por último, *estado de saúde* (objectivamente percebido).

### 2.1.1 Características Biográficas (Quantificação)

(i) *Género* (Tabela 18) – A análise dos resultados evidencia uma homogeneidade quase absoluta na superioridade numérica do género feminino na população alvo (A1, A2, B1, B2, C1, C2 e D2). Esta tendência apenas não é confirmada, por margem muito pequena, em D1, de grande capacidade em espaço urbano. Em B1, de grande capacidade em espaço rural, também por margem de pouco significado, não foi possível definir a orientação da tendência, pelas razões expressas no espaço “Obs.” da respectiva tabela.

Esta situação poderá justificar-se pela feminização da população idosa (socialgest, 2006) mas também pela maior falta de cuidadores informais em situações de dependência das mulheres, uma vez que o papel de cuidar é ainda, culturalmente, atribuído ao género feminino e dele classicamente esperado.

**Tabela 18. Caracterização Biográfica dos Utentes SAD**

**a) Género**

Espç.Territ/ Capacidade	Equipa mento	Tipo de Instituição	Universo	Género			
				Número utentes analizados	Mulheres	%	Homens %
Urbano Grande	D1	Sta Casa da Misericórdia	37	18	49	19	51
	D2	Sta Casa da Misericórdia	98	63	64	35	36
Urbano Pequeno	C1	Sta Casa da Misericórdia Assoc. de	29	19	66	10	34
	C2	Solidariedade	13	10	77	3	23
Rural Grande	B1*	Centro Social Paroquial	46	23	50	23	50
	B2	Centro Social Paroquial	33	18	55	15	45
Rural Pequeno	A1	Fundação	27	17	63	10	37
	A2*	Centro Social	18	10	56	8	44

Obs: \* Por limitações de vária ordem, nomeadamente ausências, internamento, falecimento, na fase da recolha dos dados de caracterização, não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR Capacidade.

(ii) *Grupos etários* (Tabela 19) – Considerando globalmente os oito SAD objecto deste estudo, é no grupo dos 75-84 anos que se encontra o número mais elevado de utentes, seguido do grupo de idade igual ou superior a 85. Com menor número de utentes, está globalmente, o grupo dos que têm idade inferior a 65 anos. Considerando individualmente cada SAD, a tendência é também para o maior número no grupo dos 75-84 anos (A1, A2,

B1, C2 e D2). Separam-se ligeiramente desta tendência, com mais utentes no grupo dos maiores de 84 anos, B2, de pequena capacidade em espaço rural, e C1, de pequena capacidade em espaço urbano.

**Tabela 19. Caracterização Biográfica dos Utentes SAD**  
**b) Grupos Etários**

Espç.Territ/ Capacidade	Equip.	Tipo de Instituição	Universo	Grupos Etários								
				Número utentes analisados	< 65		65 –74		75 –84		> 84	
					H	M	H	M	H	M	H	M
Urbano Grande	D1	Sta C.da Misericórdia	37	8	5	4	2	5	6	2	5	
				21	14	11	5	14	16	5	14	
	D2*	Sta C.da Misericórdia	95	9	8	6	6	12	30	7	17	
				10	8	6	6	13	32	7	18	
Urbano Pequeno	C1	Sta C.da Misericórdia	29	0	1	3	3	4	6	3	9	
				-	3	10	10	14	21	11	31	
	C2	Ass.de Solidariedade	13	0	3	2	3	1	3	0	1	
				-	23	15	23	8	23	-	8	
Rural Grande	B1*	C. Social Paroquial	44	8	4	4	4	5	10	5	4	
				19	9	9	9	11	23	11	9	
	B2	C. Social Paroquial	33	4	1	3	6	3	5	5	6	
				13	3	9	18	9	15	15	18	
Rural Pequeno	A1	Fundação	27	2	2	2	7	5	5	1	3	
				7	7	7	26	19	19	4	11	
	A2*	Centro Social	18	0	0	1	3	4	5	3	2	
				-	-	5	17	22	28	17	11	
Obs: * Por limitações de vária ordem, nomeadamente ausências, internamento, falecimento, na fase da recolha dos dados de caracterização, não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR Capacidade.												

Obs: \* Por limitações de vária ordem, nomeadamente ausências, internamento, falecimento, na fase da recolha dos dados de caracterização, não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR *Capacidade*.

(iii) *Residência* (localização territorial do domicílio) (Tabela 20) – Verifica-se uma homogeneidade quase absoluta na cobertura SAD circunscrita a domicílios da área do respectivo Concelho (A2, B1, B2, C1, C2, D1 e D2). Dos 8 equipamentos, apenas A1, de pequena capacidade em espaço rural, se desloca a um domicílio numa freguesia vizinha, sem cobertura SAD, pertencente a outro Concelho. Verifica-se forte tendência para um maior número de utentes com domicílio na mesma freguesia do equipamento (A1, B1, B2, C1, C2 e D2). Afastam-se desta tendência A2, de pequena capacidade em espaço rural e D1, de grande capacidade em espaço urbano. Nestes, a procura da prestação dos cuidados por residentes fora da área da freguesia do equipamento, justifica-se nomeadamente: pelo défice de cobertura desta resposta social (inexistência ou indisponibilidade) nas freguesias da residência; pela comprovada necessidade deste serviço; pela capacidade de resposta

das Instituições, nalguns casos, reconhecidas no respectivo licenciamento da Segurança Social e dentro dos limites dos respectivos protocolos de acordo.

**Tabela 20. Caracterização Biográfica dos Utentes SAD**  
**c) Residência**

Espç.Territ/ Capacidade	Eq.	Tipo de Instituição	Universe	Residência						
				Número utentes analisados	Na Freguesia do Equipamento		No Concelho do Equipamento		Fora Concelho do Equipamento	
					H	M	H	M	H	H
Urbano Grande	D1	Sta C.da Misericórdia	37	4 11%	6 16%	15 41%	12 32%	0	0	
	D2 *	Sta C.da Misericórdia	97	25 26%	51 53%	9 9%	12 12%	0	0	
Urbano Pequeno	C1	Sta C.da Misericórdia	29	8 27%	13 45%	2 7%	6 21%	0	0	
	C2	Ass.de Solidariedade	13	3 23%	10 77%	0	0	0	0	
Rural Grande	B1 *	C. Social Paroquial	46	23 50%	23 50%	0	0	0	0	
	B2	C. Social Paroquial	29	11 37%	15 52%	0	3 10%	0	0	
Rural Pequena	A1	Fundação	27	5 19%	10 37%	4 15%	7 26%	1 4%	0	
	A2 *	Centro Social	18	4 22%	6 33%	15 83%	12 %	0 %	0 %	
Total			296	83 28%	129 44%	34 11%	49 16,5%	1 0,5%	0	

Obs: \* Por limitações de vária ordem, nomeadamente ausências, internamento, falecimento, na fase da recolha dos dados de caracterização, não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR Capacidade.

(iv) *Estado Civil* (Tabela 21) – Verifica-se grande diversidade dentro do grupo de utentes de cada instituição. É maior a tendência para a existência de utentes casados. Globalmente, verifica-se forte homogeneidade na superioridade numérica do género feminino relativamente ao masculino, em todos os estados civis, Dentro do género feminino, tem maior incidência o grupo de viúvas, constituindo estas maior número do que as casadas.

De realçar o elevado número de viúvas em D2, de grande capacidade em espaço urbano. Esta situação poderá relacionada com o facto de se tratar de uma zona de muito forte tradição piscatória, pesca de longo curso, nas condições de alto risco em que, ao tempo, era desenvolvida.



**Tabela 21. Caracterização Biográfica dos Utentes SAD**  
**d) Estado Civil**

Espç.Territ/ Capacidade	Equip.	Universo	Estado Civil									
			Solteiro/a		Casado/a		Situaç. .análoga à dos conjugues		Separado/a		Viúvo/a	
			Utentes analisa- s	H	M	H	M	H	M	H	M	H
Urbano Grande	D1	37	7	6	6	5	0	0	2	1	4	6
	D2*	97	7	3	19	25	2	1	0	5	7	29
Urbano Pequeno	C1	29	0	3	7	6	0	0	1	0	2	10
	C2	13	1	1	2	2	0	0	0	4	0	3
Rural Grande	B1*	46	9	7	6	9	0	0	2	1	6	6
	B2	29	0	2	3	7	0	0	5	0	10	3
Rural Pequena	A1	27	3	3	2	4	0	0	0	1	4	9
	A2*	18	0	0	6	6	0	0	0	1	1	3
Totais		296	27 9,1%	25 8,5%	51 17,2%	64 21,6%	2 0,7%	1 0,3%	10 3,4%	13 4,4%	34 11,5%	69 23,3%

Obs: \* Por limitações de vária ordem, nomeadamente ausências, internamento, falecimento, na fase da recolha dos dados de caracterização, não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR Capacidade.

(v) *Níveis de Instrução* (grau de escolaridade) (Tabela 22) – Verifica-se que são baixos níveis de instrução. A tendência orienta-se para níveis de escolaridade não superiores às 3ª ou 4ª classe (actuais, 3º ou 4º ano de escolaridade do 1º Ciclo do Ensino Básico). Separam-se ligeiramente desta tendência C1, de pequena capacidade e D2 de grande capacidade, ambos em espaço urbano, com níveis de instrução mais elevados. Esta situação verifica-se num número muito reduzido de utentes. B2, de grande capacidade é a única instituição em espaço rural com uma utente com instrução de nível superior (habilitação académica de grau superior).

Em resumo o nível de escolaridade na generalidade das/os utentes é muito baixo. O número de mulheres analfabetas é superior ao dos homens. A situação constatada poderá justificar-se pelo facto de no grupo etário dos maiores de 65 anos, no distrito em estudo particularmente no interior, serem muito poucos os indivíduos cujas famílias tinham meios que lhes permitissem dar aos filhos instrução superior ao ensino básico. Mesmo este nível era privilégio de poucos. A maioria ficava-se pelo “saber ler e escrever”.

**Tabela 22. Caracterização Biográfica dos Utentes SAD**  
**e) Níveis de Instrução**

Espç. Territ/ Capacidade	Equipa mento	Universo	Escolaridade															
			Não sabe ler		Sabe ler e escrever		3ª ou 4ª classe		6º ano (ciclo preparatório)		9º ano (antigo 5º ano)		Ensino secº 7º (antigo ano)		Curso profiss ou equivalente		Ensino superior	
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Urbano Grande	D1	37	11	10	1	1	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	D2*	98	7	15	2	9	23	37	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0
Urbano Pequena	C1	29	0	5	5	0	1	12	0	2	1	0	0	0	1	0	2	0
	C2	13	2	9	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rural Grande	B1*	46	5	13	14	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	B2	30	0	3	11	8	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rural Pequeno	A1	26	1	6	3	7	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	A2	18	2	4	1	0	5	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totais			28	65	38	35	51	68	1	3	3	0	0	0	2	1	1	1

Obs: \* Por limitações de vária ordem, nomeadamente ausências, internamento, falecimento, na fase da recolha dos dados de caracterização, não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR Capacidade.

(vi) *Profissões* (enquanto activos) (Tabela 23) – Constata-se forte paralelismo entre utentes das diferentes instituições relativamente às profissões exercidas enquanto activos. Prevalece a tendência para profissões do sector primário nomeadamente, agricultura, pescas e ofícios artesanais. De entre estas predominam as profissões de muito baixa qualificação técnica. Verifica-se ligeira separação desta tendência em D2, de grande capacidade em espaço urbano, com grande tradição de pescas de longo curso e de profissionais da marinha mercante e em C1, de pequena capacidade em espaço urbano, instalado numa grande cidade cosmopolita.

## 2.1.2 Características Socio-Económicas

(i) *Rendimentos* (Tabela 24) – É mais forte a tendência para os rendimentos provenientes de pensão própria. No entanto, B2, de grande capacidade em espaço rural, diferencia-se ligeiramente dessa tendência pela existência de um número significativo de casos com recursos financeiros provenientes e outros rendimentos, além das respectivas pensões. Em resumo, neste domínio é forte a identificação dos utentes entre si. A ligeira diferença em B2 poderá justificar-se pelo facto de se tratar de um meio com forte tradição de emigração para a América, e pelos respectivos hábitos de aforro na procura de garantia de

alguma segurança na velhice (entrevista-focada conversacional, com a respectiva directora técnica).

**Tabela 23. Caracterização Biográfica dos Utentes SAD**

**f) Profissões Enquanto Activos**

		Profissão enquanto activos																							
Espaço territorial/ capacidade	Equipa mento	Forças Armadas		Quadr. Super.		Prof. Intelec. Científica		Prof. Técn. Intermediário		Pessoal Administrativo		Pess. Serv. Vendedores		Agric. Pescas		Oper. Artif. Similar		Operd. Máq. Conduz.		Trab. Ñ/Qualif. Agr. Ind. Com. Serviços		Sem Profissão			
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M		
Urbano Grande	D1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	2	2	0	4	4	6	10		
	D2*	0	0	0	0	0	0	4	0	2	0	4	5	6	0	13	2	2	1	1	4	1	31		
Urbano Pequeno	C1**																								
	C2	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	12	3	1	1	5	1	0	1	0	0	1		
Rural Grande	B1*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	15	14	2	0	0	0	3	0	2	9		
	B2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	11	15	1	0	0	0	0	0	0	2		
Rural Pequeno	A1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	12	6	0	0	0	0	0	1	3		
	A2*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	4	1	0	0	0	0	0	0	6		
Totais		1	0	0	0	2	1	4	0	5	0	5	21	45	46	29	9	5	1	9	8	10	62		
Obs:																									
		* Por limitações de vária ordem, nomeadamente, ausências, internamento, falecimento, na fase da recolha dos dados de caracterização, não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR <i>Lotação</i> .																							
		** Por indisponibilidade da responsável SAD, não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR <i>Lotação</i> .																							

(ii) *Tempo de vinculação ao SAD* (Tabela 25) – Verifica-se uma tendência genérica em todas as instituições para permanência longa. A classe mais frequente apresenta entre um e cinco anos de vinculação. Essa ligação está assim distribuída: >1-2 anos em A2 de pequena capacidade em espaço rural e em C1 e D1, respectivamente, de pequena e de grande capacidade ambos em espaço urbano; > 2-5 em A1 e B1, respectivamente, de pequena e de grande capacidade, ambos em espaço rural e em B2 e D2, ambos de grande capacidade, respectivamente, em espaço rural e em espaço urbano. Verifica-se forte tendência para um maior número de utentes com SAD há mais de 2 anos (A1, B1, B2, D2 e C2). Caso menos comum é a situação de C2, de pequena capacidade em espaço medianamente urbano, em que 10 dos seus 13 utentes (77%) são apoiados há mais de 5 anos (entre os 5 e os 10 anos). Nesta instituição dos actuais 13 utentes, apenas 3 foram admitidos nos últimos 5 anos.

**Tabela 24. Caracterização Sócio-Económica/Rendimentos**

Espaço territorial/ capacidade	Equipa mento	Tipo/Proveniência dos rendimentos											
		Sem rendimento		RMG/RSI (*)		Apenas pensão de sobrevivência		Pensão própria (Seg.Social, CGA, Outra)		Pensão e outros rendimentos		Apenas outros rendimentos	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Urbano Grande	D1	0	2	0	0	0	0	18	15	0	1	1	0
	D2*	1	2	2	4	1	8	30	46	1	3	0	0
Urbano Pequeno	C1**	0	0	0	0	0	0	8	19	2	0	0	0
	C2	0	0	0	0	0	1	3	9	0	0	0	0
Rural Grande	B1*	0	0	2	0	0	0	21	22	0	0	0	0
	B2	0	0	0	1	0	0	0	2	11	15	0	0
Rural Pequeno	A1	0	1	0	0	0	1	3	9	5	6	1	0
	A2*	0	0	0	0	1	1	7	8	0	0	0	1
Totais		1	5	4	5	2	11	90	130	19	25	2	1

**Obs:**

Por limitações de vária ordem, nomeadamente ausências, internamento, falecimento, e/ou por falta de registos na Instituição, na fase da recolha dos dados de caracterização( ou porque não sabiam ou não responderam), não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR Capacidade.

\* Rendimento Mínimo Garantido/Rendimento Social de Inserção

### 2.1.3 Capacidades Funcionais dos Utentes

Esta variável (Tabela 26) foi analisada sob uma grande diversidade de ângulos, na procura de linhas de tendência ou de originalidade dos dados apresentados. Nessa procura tentou verificar-se: (i) se as instituições de maior capacidade teriam maior percentagem de pessoas em situação de menores capacidades funcionais; (ii) se essa mesma tendência, ou a sua contrária, existia nas instituições mais antigas (pessoas apoiadas há mais tempo, poderiam apresentar maior grau de funcionalidade mercê dos cuidados, ou, pelo contrário existir agravamento das disfuncionalidades pelo avanço da idade) ou, nas de constituição mais recente (uma maior oferta poderia disponibilizar recursos para casos com exigência de maior tempo de acompanhamento); (iii) se esse pressuposto se encontrava os centros sociais paróquias, instituições que nos seus valores se perspectivam com um maior pendor caritativo; (iv) se os equipamentos com a valência “Lar” se distinguem dos demais em termos de percentagem de situações de limitações funcionais mais acentuadas (Não existindo a possibilidade local de institucionalização, poderia prolongar-se o SAD em situações de maior dependência);

(v) se, na mesma perspectiva, haveria alguma diferenciação entre as instituições de âmbitos territoriais rural/urbano (pela eventual maior possibilidade de existência de redes de apoio de proximidade nos meios rurais, advindo daí acompanhamento coadjuvante ou complementar do SAD, em situações mais graves).

Os dados registados não permitiram confirmar ou mesmo presumir qualquer dos pressupostos. Fazendo a análise apenas entre instituições, verifica-se que C1, de pequena capacidade em espaço urbano regista uma percentagem mais elevada de pessoas menos válidas, enquanto A2, de pequena capacidade em espaço rural apresenta a menor percentagem de pessoas com menor capacidade. Os dois equipamentos referenciados possuem a valência “Lar”.

Feita a análise na vertente das actividades, verifica-se que nas actividades básicas, o banho, é a que regista maior percentagem de dependentes enquanto nas actividades instrumentais, a maior percentagem de dependência regista-se no acto de fazer compras.

Duas hipóteses podem colocar-se face aos dados em análise. A primeira é de que, efectivamente, se confirma que não existe a qualquer possibilidade de paralelismos/caracterização de instituições no âmbito das menores capacidades. A segunda é de que poderá ter havido um elevado grau de subjectividade no acto da recolha de dados, uma vez que o universo da população-alvo (todos os utilizadores de todas as instituições da amostra) foi observado/inquirido pelas respectivas prestadores do cuidado, ou seja, todas as ajudantes de acção directa, daquelas instituições.

**Tabela 25. Caracterização Socio-Eeconómica/Tempo de Vinculação**

Espaço territorial/ capacidade	Equipa mento	Tempo de vinculação ao SAD													
		Menos de 1 mês		1 - 6 meses		>6 - 12 meses		>1 - 2 anos		>2 - 5 anos		>5 - 10 anos		>10 anos	
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Urbano Grande	D1	0	0	2	2	6	2	4	9	4	2	4	2	0	0
	D2*	0	0	0	0	4	4	8	17	13	21	10	20	0	1
Urbano Pequeno	C1**	0	1	1	1	2	2	5	6	2	8	0	1	0	0
	C2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	3	7	0	0
Rural Grande	B1*	1	0	1	2	4	2	5	2	6	8	4	9	2	0
	B2	0	0	0	1	0	3	3	5	4	7	5	2	0	0
Rural Pequeno	A1	0	0	0	1	2	4	1	0	7	12	0	0	0	0
	A2*	0	1	0	0	1	2	3	5	3	1	1	1	0	0
Totais		1	2	4	7	19	19	29	46	39	60	27	42	2	1

Obs:

Por limitações de vária ordem, nomeadamente ausências, internamento, falecimento, e/ou por falta de registos na Instituição, na fase da recolha dos dados de caracterização( ou porque não sabiam ou não responderam), não foi possível, completar/recolher os suportes individuais de dados de todos os utentes referidos na VAR Capacidade.

### 2.1.4 Caracterização do Estado de Saúde/ Estado Geral

Os dados apresentados na Tabela 27 indicam que em todas as instituições é elevada a respectiva percentagem de utentes que consomem medicamentos (superior a 71%). Estas percentagens oscilam entre 72% em B1 de grande capacidade em espaço rural e 100% em C2, de pequena capacidade em espaço urbano. Revela-se também elevado o número máximo de medicamentos diferentes, consumidos pelos utentes de cada instituição. Este se situa-se entre 7, em A2, B1 e B2, todas em espaço rural, sendo que a primeira é de pequena capacidade e as restantes de grande capacidade, e 16 em (C2), de pequena capacidade, em espaço urbano. Verifica-se ainda que a percentagem de consumidores de medicamentos é mais elevada no espaço urbano do que no rural. É também mais acentuado, nos SAD em espaço urbano, o número máximo de medicamentos diferentes, tomados pelos utentes de cada instituição.

Interessante é verificar que uma das instituições, B1, de grande capacidade em espaço rural (serra), é a instituição que apresenta menores percentagens em todas as variáveis analisadas. Presume-se que seja nesta instituição que os utentes apresentam o melhor

estado geral de saúde, enquanto que em B2 de grande capacidade em espaço rural e em C1 de pequena capacidade em espaço urbano, os utentes apresentam maiores percentagens de fragilidades, consideradas na globalidade. Analisando algum tipo de fragilidades que se presumem mais incidentes em pessoas idosas, ou susceptíveis de revelarem maior percentagem de défices, verifica-se que as queixas mais frequentes se verificam ao nível da visão. B2 de pequena capacidade em espaço rural, é a que evidencia a mais elevada percentagem de pessoas com problemas visuais (40%).

**Tabela 26. – Capacidades Funcionais/Actividades da Vida Diária**

Tipo/ ajuda	Espaço/ Dimensão	Id.	Cuidados pessoais (sua própria aparência)		Tomar as refeições		Vestir-se e despirem-se		Andar		Deitar-se e levantar-se		Tomar banho		Ir à casa de banho (utilizar sanitários)		Expressar com clareza as suas necessidades e desejos		Gerir o seu dinheiro (pagar as suas facturas)		Usar o telefone		Tomar a medicação		Ir às compras (alimentação, roupa, etc...)	
			Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%
Não necessita de ajuda	Urbano grande	D1	10	27	28	75	18	48	21	56	24	64	6	16	24	64	22	59	16	43	7	18	15	40	5	13
		D2	45	46	66	67	55	56	55	56	56	57	40	40	58	59	64	65	46	46	49	50	47	48	31	31
	Urbano pequeno	C1	10	34	15	52	10	34	13	45	13	45	3	10	10	34	20	69	10	34	13	45	11	38	6	21
		C2	10	80	12	92	9	69	11	84	12	92	9	69	12	92	12	92	5	38	7	54	7	54	6	46
	Rural grande	B1	33	66	39	78	36	72	37	74	38	76	29	58	37	74	34	68	29	58	15	30	27	54	28	56
		B2	15	45	21	64	17	52	18	55	17	52	12	36	21	64	18	55	13	39	8	24	11	33	7	21
	Rural pequeno	A1	11	41	14	52	13	48	16	59	13	48	11	41	13	48	9	33	11	41	6	22	8	30	8	30
		A2	15	71	16	76	15	71	16	76	16	76	15	71	17	81	14	67	13	62	14	67	14	67	8	38
Necessita de alguma ajuda	Urbano grande	D1	19	61	5	14	11	30	9	24	7	19	21	57	6	16	10	27	11	29	10	27	14	38	17	46
		D2	25	26	15	15	15	15	15	15	15	15	20	20	9	9	13	13	11	11	12	12	15	15	11	11
	Urbano pequeno	C1	1	3	2	22	4	14	3	10	2	7	7	24	2	7	0	-	2	22	2	23	1	3	2	7
		C2	2	15	1	8	3	23	1	8	0	-	3	23	0	-	1	8	5	38	2	15	4	31	4	31
	Rural grande	B1	8	16	1	2	5	10	5	10	3	6	8	16	2	4	6	12	7	14	2	4	6	12	1	2
		B2	8	24	3	9	7	21	6	18	7	21	11	33	3	9	6	18	6	18	7	21	8	24	8	24
	Rural pequeno	A1	8	30	5	19	5	19	5	19	5	19	5	19	2	7	8	30	6	22	3	11	3	11	5	19
		A2	2	10	2	10	2	10	1	5	1	5	2	10	0	-	3	11	4	19	3	11	3	11	8	38
Dependência total	Urbano grande	D1	4	11	1	3	4	11	3	8	3	8	5	14	2	5	1	3	4	11	17	46	4	11	10	27
		D2	28	29	14	14	26	27	24	24	24	24	36	37	29	30	17	17	39	40	29	30	31	32	52	53
	Urbano pequeno	C1	18	66	12	41	15	52	12	41	13	45	19	66	13	45	3	10	11	38	9	31	14	48	14	48
		C2	1	8	0	-	1	8	1	8	1	8	1	8	1	8	0	-	3	23	3	23	2	15	3	23
	Rural grande	B1	5	10	5	10	5	10	4	8	5	10	7	14	6	12	4	8	8	16	2	4	8	16	6	12
		B2	7	21	6	18	6	18	1	3	6	18	7	21	6	18	6	18	11	33	15	45	11	33	15	45
	Rural pequeno	A1	7	26	8	30	9	33	6	22	8	30	11	41	9	33	7	26	7	26	8	30	7	26	10	37
		A2	1	8	0	-	1	8	1	8	1	8	1	8	1	8	0	-	1	8	1	8	0	-	2	10

Obs:

Q = Número de utilizadores

% = Percentagem [relativamente à respectiva capacidade (Q/capacidade)]: arredondamento à unidade.

Tabela 27. Caracterização do Estado de Saúde/Estado Geral

SAD		Caracterização do estado de saúde/Estado geral																	
		Com medicação - Número Max.Medcm..Difer/ utente			Não vêm bem		Não ouvem bem		Utilizam aparelho auditivo		Desorientação no tempo		Recorrem ao S. urgência		C/ internamento hospitalar		Ficaram acamados:		Número médio de dias ( acamados)
		Q	%	Número Max Medcm.	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q
Urbano Grande	D1	33	89	8	1	3	2	5	2	5	6	16	5	14	0	-	2	5	(*)
	D2	88	90	12	32	32	14	3	11	11	27	28	18	18	8	8	6	6	2
Urbano Pequeno	C1	26	90	8	7	24	3	10	3	10	9	31	5	17	3	10	4	14	2
	C2	13	100	16	5	38	1	8	1	8	1	8	1	8	0	-	0	-	-
Rural Grande	B1	36	72	7	1	2	1	2	0	-	1	2	2	4	1	2	1	2	15
	B2	29	88	7	13	40	4	12	1	3	9	27	8	24	3	9	1	3	210
Rural Pequeno	A1	21	78	8	9	33	4	15	1	4	7	26	5	19	0	-	0	-	-
	A2	17	81	7	7	26	0	-	0	-	2	10	3	14	2	10	2	10	4
Obs:																			
		(*) Crê-se que seja, definitivamente.																	

### 2.1.5 Caracterização do Estado de Saúde/Situação Específica

Procurou-se tipificar os problemas específicos/patologias que afectam os utilizadores SAD de cada instituição e encontrar as que têm percentagens mais acentuadas de utentes (Tabela 28). Verifica-se que D2, de grande capacidade em espaço urbano é aquela em que se registam maiores percentagens, na generalidade das variáveis consideradas. C1, de pequena capacidade em espaço urbano, é a instituição cujos utentes registam menores percentagens na globalidade das mesmas variáveis.

Analisando globalmente as instituições-alvo verifica-se que: (i) as de maior capacidade/lotação têm em média maior percentagem de utentes com problemas do que as de menor capacidade/lotação; (ii) as do espaço territorial urbano têm em média maior percentagem de utentes com problemas do que as do espaço rural.

Analisando percentualmente, os problemas específicos/patologias que correspondem às incidências mínima e máxima na globalidade das instituições-alvo são, respectivamente os cognitivos e os circulatórios.



**Tabela 28. Caracterização do Estado de Saúde/Situação Eespecífica  
Tipo de Problemas /Patologias**

		Caracterização do estado de saúde/ Situação específica Tipo de problemas /patologias																	
SAD		De mobilidade		Problemas cognitivos		Respiratórios		Circulatórios		Digestivos		Endócrinos		Urológicos		Psíquicos		Outros	
		Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%	Q	%
Urbano Grande	D1	15	41	3	8	1	33	28	76	6	16	3	8	5	14	14	38	0	-
	D2	50	51	9	9	26	27	49	50	27	28	25	26	21	21	28	29	3 b)	3
Urbano Pequeno	C1	13	45	4	14	3	10	1	3	1	3	3	10	3	10	4	14	1 c)	3
	C2	4	31	0	-	0	-	8	62	4	30	3	23	2	15	2	15	0	-
Rural Grande	B1	13	26	2	4	2	4	17	34	5	10	5	10	8	16	8	16	9 a)	18
	B2	6	18	13	39	10	30	21	64	1	3	0	-	12	36	3	9	2 c)	6
Rural Pequeno	A1	16	59	5	19	3	11	3	11	3	11	3	11	1	4	7	26	1 c)	4
	A2	9	53	3	14	5	24	8	38	4	19	5	24	5	24	2	10	0	-

Obs:

a) – Epilepsia, Parkinson, Alcoolismo.  
b) – Alcoolismo.  
c) – Não identificados



---

## **CAPÍTULO IV**

### **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

---



## **Introdução**

Das medidas de apoio para a população idosa, nas suas diferentes valências, o SAD é hoje tido como um Serviço que se afirma com melhores condições de garantia de respeito pelas expectativas e anseios das pessoas idosas, em termos de bem-estar, quando existe um mínimo de condições para poder ser realizado (Rodriguez, 2000).

Os resultados aqui analisados, retratam o actual do SAD, na sua orientação para a população idosa e, nesta, nos diferentes ângulos em que este estudo incidiu. Nos casos objecto de estudo, constata-se, genericamente, a uniformização do modelo SAD. Esta é bem visível na gestão dos recursos, nos critérios, na forma e nos conteúdos da prestação do cuidado. As diferenças situam-se, essencialmente, no que respeita a tempos de cobertura horária e/ou semanal.

Este trabalho pretende fazer realçar as suas dimensões fundamentais, nomeadamente: (i) Pontos fortes (ii) Debilidades; (iii) Potencialidades; (iv) Desafios.

### **1. Pontos fortes do Serviço de Apoio Domiciliário**

*As motivações sociais e económicas da implantação local do SAD* – As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), promotoras dos SAD, são criadas “com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos.” É seu objectivo “facultar serviços ou prestações de segurança social” (Estatuto das IPSS). Os SAD seriam na sua origem uma sub-valência dos Centros de Dia, uma extensão da respectiva área de actuação, prestando apoio no domicílio aos utilizadores daquela resposta social (Quaresma, 1999). São pois motivações solidárias que impulsionam a instalação local do SAD. Nalgumas das instituições estudadas (B1 e B2), Centros Sociais Paroquiais do espaço rural, o SAD foi o motor da criação dos próprios equipamentos e a sua primeira valência. A estas decisões estão subjacentes fundamentações de ordem social e económica.

A matiz social é a mais visível, sobretudo nos meios rurais em que, nomeadamente: (i) o envelhecimento das populações locais é mais sentido em consequência das deslocação das gerações mais novas para os grandes centros ou mesmo da emigração (Paul & Fonseca, 2005); (ii) a modificação da estrutura familiar é determinante no aparecimento de domicílios habitados por uma pessoa idosa isolada, ou por apenas pessoas idosos, parentes ou cônjuges; (iii) a presença de algum grau de dependência, impeditivo da satisfação plena das necessidades básicas e/ou instrumentais da vida diária, reclama

respostas adequadas que compensem essas limitações. Esta circunstância é a de maior peso, em contexto rural ou urbano, gerando consequentemente dinamismos locais com vista a atenuar os efeitos negativos para a qualidade de vida das pessoas e para a comunidade.

As razões de natureza económica podem ser identificadas, designadamente: (i) na perspectiva do utilizador; (ii) na da instituição prestadora do cuidado. Para o utilizador são sentidas e expressamente verbalizadas as vantagens económicas desta resposta social. Na maioria dos casos o valor reduzido das pensões de reforma aliado à ausência ou insuficiência de cuidados informais, limitaria o acesso a condições mínimas de subsistência. Nas instituições-alvo, os rendimentos dos respectivos utentes provêm essencialmente das suas pensões e reforma. Articulado este factor com o conhecimento das profissões exercidas maioritariamente pelos mesmos utilizadores, presume-se que os valores serão muito baixos, tendencialmente aproximados da pensão mínima do regime geral de Segurança Social. Apesar disso, para a instituição, uma boa gestão dos financiamentos da Segurança Social (em valores utente/mês = € 217,81, em 2007) e dos valores das comparticipações dos utentes (calculadas em função das percentagens aplicadas aos respectivos rendimentos mensais) permite a sustentabilidade da valência e, nalguns casos, até algum desafogo devido à tipologia dos serviços. Esse eventual desafogo pode ser conjugado com programas ou medidas de acção social. Estas situações foram aludidas, de um modo mais objectivo, pelas coordenadoras do SAD de duas instituições de grande capacidade: (i) (D2), em espaço urbano em que esse eventual desafogo permite atender utentes a custo zero; (ii) (B2), em espaço rural, apoiando jovens da comunidade em processo de inserção. Desta forma ou de outras as instituições, geram dinâmicas solidárias informais dentro da próprio estabelecimento ou mesmo em favor de pessoas ou famílias da comunidade envolvente.

*Os recursos humanos* – No processamento do SAD é sentida a mais valia do grande humanismo dos profissionais mais directamente envolvidos, na organização e na prestação do cuidado. O empenho das coordenadoras e a dedicação das ajudantes de acção directa, são o grande sustentáculo do bem-estar sentido e manifestado pelas pessoas idosas utilizadoras do SAD. Este facto foi verbalizado por utentes de todas as Instituições. Pode ser intuído pelo que foi registado como comentário à prestação dos serviços, num dos equipamentos de grande capacidade, em espaço urbano (D1), Santa Casa da Misericórdia, de grande dimensão. Foi também confirmado, quer em entrevista

focada-conversacional, quer por observação directa, nomeadamente aquando do acompanhamento das técnicas nas visitas aos utentes de (A1 e A2), de pequena capacidade em espaço rural e de D2, de grande capacidade, em área urbana. Associado ao empenhamento das Ajudantes de Acção Directa, pode estar a estabilidade profissional destas mesmas profissionais, garantida pelo regime de trabalho, a tempo inteiro. A gestão do tempo objecto do contrato, é feita internamente, funcionando com afectação a tempo parcial a mais de que uma função e/ou valência, em conformidade com as respectivas necessidades. A informalidade desta situação não prejudica o trabalhador e é vantajosa para a instituição. Não permite no entanto, conhecer o rácio em termos de entrada/saída, no SAD, das profissionais em análise.

## **2. Fragilidades do Serviço de Apoio Domiciliário**

Uma das fragilidades mais objectivas poderá apontar-se à ausência de registos, nos processos individuais, nomeadamente dados biográficos mínimos, e outros dados resultantes do normal acompanhamento. Deste facto, resulta o não conhecimento da história do utente, inclusive a posterior à sua vinculação ao SAD e a consequente desactualização dos mesmos processos. Não está ainda generalizada a prática de registo das ocorrências, das avaliações e das correspondentes adequações/reformulações do plano individual de cuidados.

De entre outras fragilidades, por certo a maior delas tem dupla natureza. A ausência de sentido auto-crítico é em si uma fragilidade. Esta, por sua vez gera debilidades na medida em que não motiva para o aperfeiçoamento, para a mudança para a inovação. Essas limitações podem ser definidas como défices. Entende-se com défice de sentido crítico, a ausência de questionamentos do modo como está organizado o SAD, do seu funcionamento e da organização dos seus recursos. É responsável por alguma acomodação, constatada, nomeadamente: (i) nos utilizadores do serviço, (ii) no modo da prestação do cuidado, (iii) nos responsáveis pelas instituições promotora do cuidado.

(i) Nos casos em análise, o SAD funciona sem que se registe qualquer crítica ou proposta, da parte dos respectivos utentes, que exija a implementação de estratégias propiciadoras do seu desenvolvimento ou de transformações. Este facto pode fundamentar-se na história de vida e na dureza das situações experimentadas pela grande maioria da população-alvo. Esta geração de idosos não concebia uma velhice diferente da dos seus ascendentes mais próximos. A novidade deste serviço faz com que ainda seja olhado

como uma concessão, uma benesse, por isso, não susceptível de crítica. O utilizador, não se perspectiva como cliente mas ainda como assistido. Este tipo de protecção, a acção social, não é disponibilizada nem usufruída como um direito. As maiores necessidades sentidas pelas pessoas, deste segmento da população, utilizadoras do SAD são, essencialmente, de nível básico e instrumental.

(ii). No que respeita às prestadoras do cuidado, quando lhes é solicitada uma apreciação crítica ou uma sugestão para o melhoramento da prestação do SAD, a satisfação dos clientes e a sua pouca exigência, é tida como avaliação positiva, logo, não susceptível da necessidade de mudanças. No entanto, há a registar uma diferença, aparentemente pequena, mas que revela uma preocupação a considerar. Da parte das Ajudantes de Acção Directa, são comuns as referências à falta de tempo para a relação afectiva com a pessoa cuidada. Estas referências são mais frequentes na sua expressão oral, mas também aparecem registadas como comentários ao funcionamento dos serviços (ver página anterior).

Reconhece-se que é aqui que se reclama um maior investimento do SAD. Neste campo o aprofundamento das relações interpessoais, o apoio dado ao cuidador informal e o favorecimento das relações de vizinhança, áreas a privilegiar, são susceptíveis de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas idosas.

Presume-se que nos casos em que nas práticas do SAD está, nomeadamente, o cuidado diário da higiene da habitação, isso propicia um tempo mais alargado de presença e de proximidade do cuidador. Este período de tempo constitui oportunidade para o estreitamento da relação, para a escuta, para as confidências e mesmo para algumas salustres cumplicidades. Na análise de resultados, a presunção referida encontra suporte nos comentários à necessidade de tempo para a relação inter-pessoal manifestada pelas ajudantes de acção directa, conjugada com na baixa percentagem de utilizadores desse serviço. A ajuda na confecção/preparação das refeições é um serviço não disponibilizado por qualquer dos SAD-alvo, conforme pode constatar-se na análise às variáveis e tabela correspondentes (Tabela 3). A implementação deste serviço proporcionaria outra oportunidade para favorecer a vertente afectiva da relação interpessoal, sobretudo na ausência ou disfunção de cuidadores informais. Sabe-se que este tipo de práticas é mais comum nos SAD das Regiões Autónomas, nomeadamente, na da Madeira (conhecimento pessoal). Nessas situações, aparece valorizada a figura das ajudantes familiares, no desempenho do seu papel mais genuíno que inclui “a prestação de ajuda na confecção das



refeições, no tratamento de roupas e nos cuidados de higiene e conforto pessoal dos utentes”(D.L. n.º 141/89). Esta forma de apoio, permite um maior compromisso entre o cuidador e a pessoa cuidada. Constitui um excelente tempo/espço para a promoção da autonomia. Garante também um menor risco de isolamento, de introversão, de vitimização e da própria desmotivação existencial.

(iii) No que respeita aos responsáveis pelas instituições promotoras do SAD, identificam-se défices de democraticidade. Nesse âmbito, este estudo evidencia também algum pendor assistencialista no planeamento, avaliação ou decisões directamente ligadas à prestação e/ou desenvolvimento do Serviço.

As normas regulamentares, começando pela Constituição da República Portuguesa (CRP), consagram o direito à participação dos cidadãos. A efectivação desse direito não foi, no entanto, ainda assumida pelos utilizadores dos equipamentos sociais nem aparece incentivada pelos demais agentes. A fundamentar esta afirmação está a constatação da absoluta ausência de representação dos utilizadores do SAD nos órgãos de gestão dos equipamentos sociais promotores do Serviço. Os serviços disponibilizados ou a disponibilizar são planeados, organizados e implementados *para*, não *com*. Da mesma forma se processam as tomadas de decisão nos assuntos do interesse dos utilizadores

Outra das fragilidades do SAD, é a ausência de uma perspectiva holista na elaboração do plano individualizado de cuidados. Com efeito, como podemos confirmar na análise da correspondente variável, não existem planos de cuidados no rigor do que deveria ser a sua estrutura. Os assim chamados *planos de cuidados* identificam-se mais com contratos escritos de prestação de serviços. A alegada escassez de recursos económicos justificativa da inexistência de verdadeiros Planos de Cuidados, limita e condiciona uma correcta intervenção. A trajectória cuidado-avaliação-evolução-reavaliação, proposta por Rodriguez, (1999) fica comprometida. Constata-se uma intervenção limitada nas suas componentes. Este condicionamento não permite atender a pessoa no seu todo, na globalidade e indivisibilidade das suas dimensões. São hipotecados a essas condicionantes os potenciais dinamismos de intervenção precoce. Este condicionamento deixa frustradas, também nos agentes do cuidado, as expectativas de poder contribuir para proporcionar *mais vida aos anos* das pessoas que lhes estão confiadas.

### **3. Potencialidades do Serviço de Apoio Domiciliário**

Este estudo permitiu ver nas organizações SAD características que integram valores subjacentes de onde podem emergir potencialidades.

Na área dos recursos humanos, as equipas multidisciplinares, nas duas instituições onde existem, são verbalmente consideradas pelas técnicas coordenadoras, como recurso de primeira linha para a intervenção na população idosa. A heterogeneidade das pessoas deste grupo etário é mais acentuada. Advém-lhes da diversidade e multiplicidade das experiências. Consequentemente, vivenciam os acontecimentos do dia-a-dia com maior risco de agravos. Nas situações de diminuição ou de perdas, pressentidas e percebidas, nomeadamente nos casos de luto, a intervenção oportuna da equipa multidisciplinar permite espaços de verbalização dos sentimentos, previnem o risco do seu agravamento e dos efeitos multiplicadores do sofrimento emocional.

É exemplo positivo o caso do trabalho vivenciado pela equipa multidisciplinar de um dos equipamentos em estudo, em data anterior à da recolha dos dados (também do conhecimento pessoal). Esta instituição situa-se numa localidade que foi palco de uma grande catástrofe, com elevado número de vítimas afectando muitas famílias. Não estando a sua acção, exclusivamente afecta ao SAD, foi no entanto prestimosa a sua intervenção também junto dos utilizadores deste serviço e das respectivas famílias. Este será um investimento de indiscutível valor na área da acção social, uma vez que todos os actos se projectam para o grande objectivo de um envelhecimento bem sucedido.

*Equipamentos de suporte do SAD/Tipo de gestão* - As IPSS, nos casos em estudo são em absoluto, as organizações dispensadores deste tipo de cuidado. Os Centros Sociais, as Misericórdias, as Associações ou Fundações, são o seu suporte jurídico. Sobretudo no que respeita às Direcções, estas funcionam em regime de voluntariado, isto é, sem remuneração. Este facto apresenta, em termos abstractos, visíveis vantagens, nomeadamente no empenhamento desinteressado, na independência das decisões, numa certa forma de autoridade junto dos órgãos de tutela e no contacto com a comunidade. No entanto, estas potencialidades têm também alguns compreensíveis constrangimentos, designadamente, a pseudo-delegação de competências consequente da insuficiente afectação do tempo necessário ao estudo e ao desenvolvimento do que se relaciona das respostas/valências. Essa delegação fica logo comprometida, quando a entidade/profissional delegada não tem autoridade para tomar decisões, sendo que, nalgumas instituições, nem sequer participa nas reuniões de Direcção (B1, B2 e C1). Este

facto, ficou evidenciado na análise de resultados, na área respeitante à participação dos técnicos/coordenadores do SAD, nas reuniões de Direcção, confirmando-se essa presença em (A1, A2, C2, D1 e D2). Objectivamente, no que respeita às valências de respostas sociais para as pessoas idosas, uma das grandes dificuldades está também na ausência de uma formal delegação de competências nas directoras técnicas ou técnicas coordenadoras de cada valência, em princípio com formação adequada à função. As Direcções, responsáveis pela manutenção dos valores éticos, pela cultura e opções políticas das organizações, teriam aí uma valiosa assessoria, nomeadamente na tomada de decisões em termos de investimento e de inovação, das respectivas Instituições.

Outra potencialidade, é o voluntariado social organizado nos equipamentos promotores do cuidado para a população idosa. Constitui surpresa a sua inexistência. Esta constatação é ainda menos compreensível na resposta social SAD, uma vez que esta visa a atenção/cuidado, no domicílio, a pessoas (no caso em estudo, pessoas idosas) com algum grau de dependência.

Em Portugal o voluntariado social tem forte tradição. A magnitude da sua expressão tem grande visibilidade na diversidade das suas formas de intervenção. A própria legislação da Segurança Social o refere, quando recomenda que “a acção social deve ser conjugada com outras políticas sociais públicas, bem como ser articulada com a actividade de instituições não públicas e fomentar o voluntariado social”(SSS, 2000). Nesta matéria, especifica ainda que o estímulo do voluntariado social, tem em vista assegurar uma maior participação e envolvimento da sociedade civil na promoção do bem-estar e uma maior harmonização das respostas sociais

O assunto voluntariado, constituiu tema específico de entrevista focada-conversacional com as coordenadoras técnicas dos SAD. Implicitamente, a ausência de voluntários, foi justificada pela falta de tempo das técnicas para promoção, formação, implementação e acompanhamento das potenciais equipas de voluntariado. Uma das Instituições, de grande capacidade em espaço urbano (D1) que já havia encetado diligências no sentido da organização desse serviço, referiu expressamente a pouca motivação da comunidade para o trabalho gratuito neste tipo de instituições. O voluntariado social, de intervenção local, existe apenas em organizações ligadas à Igreja ou noutras com cariz de exclusiva utilidade pública, como é o caso dos bombeiros, associações desportivas, culturais e/ou recreativas.

#### **4. Desafios e Expectativas**

*Iniciativas do SAD/ Cooperação/Inovação* – Enquanto serviço social de primeira linha que continua a expandir-se quantitativamente, são visíveis nos países Comunidade Europeia os indícios de um significativo entusiasmo inovador (Walker, 1996). No entanto, esses mesmos propósitos não se vislumbram, nem mesmo como projecto ou preocupação manifesta, nos SAD objecto deste estudo. Esta situação sendo uma fragilidade constitui-se ao mesmo tempo num desafio. O não reconhecimento da necessidade de inovação não gera impulsos criativos. Este conformismo, não previne as consequências do aumento da longevidade e de outros factores influentes nas mudanças demográficas e nas da própria estrutura familiar com a qual está directamente correlacionada.

O aproveitamento das potencialidades locais, o investimento em formação e organização de equipas de voluntários, poderá libertar tempo para o estudo e formulação de propostas inovadoras aproveitando recursos disponíveis na comunidade.

Como expectativas facilmente concretizáveis, poderão estar: (i) a extensão do sistema de tele-alarme, tecnologia já estruturada e disponibilizada; (ii) o apoio aos cuidadores informais incluindo a sensibilização de vizinhos e de grupos locais de auto-ajuda.

Uma boa articulação entre as respostas já existentes, poderá dar uma dimensão nova aos SAD. Permitirá dotá-los de conteúdos adequados às reais necessidades das pessoas a quem se destinam.

#### **5. Conclusão**

São escassos, no nosso país, os trabalhos de investigação com enfoque na instituição, como promotora, organizadora e gestora da prestação do cuidado. Estes resultados, evidenciam alguma padronização dos SAD em termos estruturais, mais concretamente, nos moldes da organização dos seus recursos. Os dados aqui analisados poderão ainda realçar indícios da necessidade de reformulação das respostas sociais para a população idosa, provocada pelas crescentes mudanças demográficas.

O presente estudo pretende ser para as instituições, um instrumento de auto-análise que potencie um novo impulso a esta resposta social. O SAD, articulado com outras respostas, desenvolvido e/ou complementado, pode inovar-se.

Em termos objectivos releva-se, nomeadamente a urgência de: (i) estratégias de gestão das instituições, abertas dinâmicas e participadas pelos diferentes actores do processo; (ii)

instituições com planos de acção, assentes nas realidades locais, com propostas de iniciativas concretizáveis que contemplem a exigência da avaliação dos respectivos resultados; (iii) uma intervenção criteriosa na elaboração de Planos de Cuidados Individualizados, de modo a torná-los trajectórias/percursos de projectos de vida, como aliás deles é objectivamente, esperado



---

---

## **BIBLIOGRAFIA**

---

---





## BIBLIOGRAFIA

Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social, 598-600. Ediciones Pirámide, Madrid

Bernardo, M. (1996). Algumas Considerações sobre a Acção Social e Assistência Domiciliária. In *População Idosa, Análise e Perspectivas. A Problemática dos Cuidadores Intrafamiliares* Lisboa: Direcção Geral de Acção Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Bishop, C.E. (1999). Efficiency of Home Care: Notes for an Economic Approach to Resource Allocation *Jornal of Aging and Health*. Vol. 11 No 3, 277-298.© 1999 SAGE Publications.

Carta Social Europeia , Assembleia da República (1991). Resolução da Assembleia da República n.º 21/91 (Aprova, para ratificação). Disponível em URL: <http://www.igt.idict.gov.pt/DownLoads/content/Carta%20Social%20Europeia.pdf>. [30 03. 2007].

Carta Social, (2004). Disponível em URL: [http:// www.socialgest.pt](http://www.socialgest.pt) \_ [13.09.2006]

Comissão das Comunidades Europeias (2002). *Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial Promover o Progresso Económico e Social num Mundo em Envelhecimento - Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*. Bruxelas.

Conselho da Europa, *Recomendação n.º R (98) 9*, da Comissão dos Ministros aos Estados Membros relativa à dependência (3.5 do Anexo à Recomendação)- Adoptada pela Comissão dos Ministros em 13 de Setembro de 1998, na 641ª reunião de Delegados dos Ministro)

Direcção Geral de Acção Social (DGAS), (1998). *Levantamento das Necessidades das Pessoas idosas em Contexto Rural*. Documentos Temáticos, 12. Ministério da Segurança Social

Direcção Geral de Estudos Estatísticas e Planeamento, DGEEP (2003). Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2003. Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança.

URL: [www.dgeep.mtss.gov.pt/estudos/cartasocial/csocial2003.pdf](http://www.dgeep.mtss.gov.pt/estudos/cartasocial/csocial2003.pdf).

Emlet, C. (1996). The Informal Caregiver. In *In-Home Assessment of Older Adults. An Interdisciplinary Approach*. Maryland: An Aspen Publication.

Evashwick, C. (2005). Definition of the Continuum of Care. In Evashwick, C. *The Continuum of Long-Term Care*, 3-13. U.S.A.: Thomson Delmar Learning.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora

Hespanha, P.; Monteiro, A.; Ferreira, A.; Rodrigues, F.; Nunes, M.; España, M.; Madeira, R.; Hoven, R.; Portugal, S. (2000). *Entre o Estado e o Mercado – As fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.

IMSERSO, (1994). *Plan Nacional de Gerontologia – Diagnóstico Situacional del SAD en un Ayuntamiento*. Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales.

IMSERSO, (1998). *Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio em España. Investigación IMSERSO/FEMP sobre el alcance Y las Características del Servicio de Ayuda a Domicilio de las Corporaciones Locales*. Madrid. Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2004). *Libro Blanco de la Dependencia - Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España (2004)*. Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad.

IMSERSO, 1994. “Diagnóstico situacional del SAD en un Ayuntamiento”. Proyecto Optimus. Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales. Madrid

INE, Deliberação (158ª) do Conselho Superior de Estatística, publicada no Diário da República, IIª Série de 11 de Setembro de 1998 (aprovou a tipologia das áreas urbanas bem como a aplicação da mesma às freguesias do Continente). Disponível em URL: [www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/](http://www.ine.pt/prodserv/nomenclaturas/)

Jacob. L. (2005). Disponível em URL: [www.socialgest.pt](http://www.socialgest.pt)

João Paulo II ( 2002), *Carta do Papa João Paulo II, a Todos os Participantes na II Assembleia Sobre Envelhecimento*, Vaticano. Disponível em URL: [http://www.vatican.net/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/letters/2002/documents/hf\\_jp-ii\\_let\\_20020410\\_assembly-ageing\\_po.html](http://www.vatican.net/holy_father/john_paul_ii/letters/2002/documents/hf_jp-ii_let_20020410_assembly-ageing_po.html)

Kane, R.L. (1999) *Examining the Efficiency of Home Care*. Journal of Aging and Health. Vol. 11 No 3, 322-340. © 1999 SAGE Publications.

Martin, I.; Neves, R.; Pires, c.; Portugal, J. (2007.) *Estatísticas de Equipamentos Sociais de Apoio à Terceira Idade – 2006*. Porto, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI).

Martin, I; Gonçalves, D.; Paúl, C.; Pinto, F. (2006). Políticas Sociais para a Terceira Idade em Portugal. In R. Osório (Ed.) *Pessoas Idosas: Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Edições Piaget.

Nolan, J. (2001). Community Care. In Nolan, M; Davies, S; Grant, G. (Eds.), *Working with older people and their families*. London: Open University Press.

ONU, II Assembleia Mundial Sobre Envelhecimento Humano, Madrid, 2002,. Disponível em URL: [www.imsersomayores.csic.es](http://www.imsersomayores.csic.es)

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Manuais Uiniversitários 42. Lisboa: Climepsi Editores

Perez, F.; Fernández G.; Rivera E.; Abuím J. (2002), *Envejecer en Casa – La Satisfacción Residencial de los Mayores en Madrid como Indicador de su Calidad de Vida*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid: CSIC.

Pimentel, L. (2000). *Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso*. *Geriatrics*, Vol XIII, nº 125, 13-18.

Portugal, Presidência da República, Constituição da República Portuguesa, 1976.

Disponível em URL:

[http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema Politico/Constituicao](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/Constituicao)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Decreto-lei nº 119/83, de 25 de Fevereiro (Estatuto das I.P.S.S.)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Decreto-Lei nº 141/89, de 28 de Abril (Ajudantes Familiares)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Decreto-lei nº 519-G2/79, de 29 de Dezembro (1º. Estatuto das I.P.S.S.)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Decreto-lei nº133-A/97, de 30 de Maio (regime de licenciamento e fiscalização de estabelecimentos de apoio social)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Despacho Normativo nº. 62/99, de 29 de Setembro (Serviço de Apoio Domiciliário)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Lei nº. 17/2000, de 08 de Agosto (Lei de Bases da Segurança Social)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Lei nº. 28/84, de 14 de Agosto (Lei de Bases da Segurança Social)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Lei nº. 32/2002, de 20 de Dezembro (Lei de Bases da Segurança Social)

Portugal, Ministério da Segurança Social. Lei nº. 4/2007, de 16 de Janeiro (Lei de Bases da Segurança Social)

Quaresma, M.L. (1999) *Os direitos das Pessoas Idosas – Da Ajuda Domiciliária à Intervenção Integrada* Seminário Europeu, 6-8 de Janeiro , Apoio Domiciliário – Comunicações e outra Documentação, 18-23. Edição: Lisboa, Direcção-Geral de Acção Social – Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação Documentação Técnica e Divulgação

Quaresma, M.L. (2002) Formação Gerontológica na Europa. Rv. *Futurando*, nº 5/6/7, Lisboa. CESDET, Edições

Rodríguez, P. & Sánchez, C.(2000) *El Servicio de Ayuda a Domicilio-Programación del Servicio, Manual de Formación para Auxiliares*. Madrid: Editorial Paraamericana

Sampaio, R.M., (1999) *Planeamento e programação de Serviços de Apoio Domiciliário*. Seminário Europeu, 6-8 de Janeiro , Apoio Domiciliário – Comunicações e outra Documentação, 51-56. Edição: Lisboa, Direcção-Geral de Acção Social – Núcleo .de Documentação Técnica e Divulgação Documentação Técnica e Divulgação.

Segurança Social (2006). Site da Segurança Social. Disponível em URL: [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt).

Silva, I. & Ribeiro, A.(1999) *Planeamento e programação de Serviços de Apoio Domiciliário*. Seminário Europeu, 6-8 de Janeiro , Apoio Domiciliário – Comunicações e outra Documentação, 70-73. Edição: Lisboa, Direcção-Geral de Acção Social – Núcleo .de Documentação Técnica e Divulgação Documentação Técnica e Divulgação.

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira. M. (2004). *Envelhecer em Família – Cuidados Familiares na Velhice*. Porto: Âmbar.

Stake, Robert E.(2005) *Investigación com estudio de casos*. Madrid: Ediciones Morata

Stone, R. (2001). Home and Community –Based Care. Toward a Caring Paradigm. In Cluff, L.; Binstock, R. (Eds.) *The Lost Art of Caring – A Challenge to Health Professionals, Families, Communities, and Society* (pp.155- 176). USA: The Johns Hopkins University Press.

Trigueros, I y Mandragón J., (2006) *Manual de Ayuda a Domicilio*. Madrid: Siglo XXI de España Editores

UNIFAI, (2005), Primeiro Congresso de Gerontologia

Walker, A. (1996) *Assistência a Domicilio en Europa: Tendências Actuales y Perspectivas Futuras* – in *Sociologia de la Vejez* . Madrid, U.D.P. Ediciones

---

## **ANEXOS**

---

## PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO (SAD)

### SAD - GESTÃO E POLÍTICAS DA ORGANIZAÇÃO

Com este inquérito pretende-se avaliar aspectos relativos às condições de acesso ao Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), nomeadamente os que respeitam organização dos serviços, tipo de política organizativa e aos próprios serviços e actividades que a instituição proporciona aos utentes.

#### A. Dados de identificação

Data \_\_/\_\_/\_\_

Nome da instituição \_\_\_\_\_

Tipo de instituição \_\_\_\_\_ Há quanto tempo existe esta instituição \_\_\_\_\_

Há quanto tempo existe a valência SAD \_\_\_\_\_

Organismo de que depende \_\_\_\_\_ Nome do avaliador \_\_\_\_\_

Meio envolvente: **Rural** ☐ **Urbano** ☐ **Misto** ☐

Valência SAD: **Capacidade** \_\_\_\_\_ **Lotação** \_\_\_\_\_

**Horário de cobertura:** > Das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ horas

> 24 Horas ☐

A Instituição tem, além do SAD, outras valências para a População Idosa :

**NÃO** ☐ **SIM** ☐

**Centro de Dia(CD)** ☐ **Lar** ☐ **CD e Lar** ☐

OBS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## I. Informações gerais

<b>1. De que organismo depende a instituição prestadora do SAD (Modalidade de Gestão):</b> <b>1a.</b> Privado lucrativo, especificar _____ <b>1b.</b> Privado não lucrativo, especificar _____ <b>1c.</b> Público _____	
<b>2. A Instituição tem uma Contabilidade que permite o conhecimento das despesas e receitas do SAD (Centro de Custos SAD)?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>3. A instituição tem uma Direcção?</b> <b>3.a.</b> Se sim, quantas pessoas a compõem? _____ <b>3.c.</b> Com que frequência reúne a Direcção? <b>3c.1.</b> Pelo menos uma vez por mês <b>3c.2.</b> Pelo menos uma vez por trimestre	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>4. Além dos membros da direcção, outros membros do pessoal técnico participam nas reuniões regularmente? instituição?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>5. Se há uma Direcção, esta tem autoridade para regulamentar as actividades e serviços oferecidos pela instituição?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>6. O SAD tem coordenação autónoma?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>7. A Coordenação SAD é feita por um/a Assistente Social ?</b> Na negativa, a coordenação é feita por: <b>7.a.</b> Elemento sem habilitação específica <input type="checkbox"/> <b>7.b.</b> Elemento com outra habilitação superior <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>8. Há um guia para os utentes ou regulamento do SAD (contendo o tipo de serviços do SAD, as regras, e os horários dos serviços)?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>9. Há um guia para o pessoal (com indicações sobre a organização, e o tratamento aos utentes do SAD)?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>10. A instituição tem um programa para orientar os novos utentes do SAD?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>11. Há um programa de orientação para os funcionários novos?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>12. Há equipa multidisciplinar de técnicos?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>13. Há reuniões regulares de trabalho da equipa multidisciplinar de técnicos?</b> <b>13.a.</b> Se sim, qual a periodicidade? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>14. Há voluntários que prestam serviços no SAD?</b> <b>14.a.</b> Se sim, há um programa de orientação para os voluntários	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Comentários sobre a política organizativa da instituição:

---



---



---



---

## II. Condições de funcionamento do SAD

<b>1. O SAD funciona:</b> <b>a.</b> Por um período, ininterrupto, de 24 horas <b>b.</b> Também aos sábados, domingos e feriados	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>2. Quem elabora o plano de cuidados individualizado?</b> <b>a.</b> A Directora Técnica responsável pelo SAD <b>b.</b> Colaborador/a com formação adequada <b>c.</b> Directora técnica/trabalhador/a com formação, em colaboração com o utente e respectiva família	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>3. Continuidade/periodicidade do relacionamento de ajudantes de acção directa SAD, com o utente:</b> <b>a.</b> No SAD, existe a prática da continuidade <b>b.</b> No SAD, há rotatividade dos <i>ajudantes de acção directa</i> :  Mensal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Trimestral: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Semestral: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>  Outra: Sim <input type="checkbox"/> (Especificar _____) Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>4. Acesso a serviços/actividades adequados à satisfação de necessidades (rastreios de saúde, excursões, programas para idosos, promovidos por forças vivas da comunidade):</b> <b>a.</b> Na última semana a coordenadora do SAD, informou as <i>ajudantes de acção directa</i> , acerca das actividades da comunidade, com interesse para os utentes?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>5. Os contratos celebrados com os utentes são formalizados por escrito?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>6. Existe um processo do utente no respectivo domicílio</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>7. A avaliação periódica é registada no processo do utente</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>8. A avaliação é supervisionada pelo/a responsável SAD</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>9. O registo da avaliação periódica é rubricado pelo/a coordenador do SAD</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Comentários sobre o funcionamento do SAD :

---



---



---



---



---



---



---



---

### III. Serviços e Actividades Disponíveis

Por favor, indique quais dos seguintes serviços são proporcionados aos utentes e o número (aproximado) de utentes SAD que os utilizam:

		SIM (1)	NÃO (0)	Nº utentes / semana
Actividades básicas	1. Serviço de distribuição de refeições			
	2. Assistência na preparação das refeições			
	3. Acompanhamento/apoio durante a refeição			
	4. Serviço ou apoio na higiene pessoal diária			
	5. Serviço de lavandaria			
	6. Serviço ou assistência na limpeza habitacional			
	7. Mobilizações/Apoio nas deambulações em casa			
Cuidados de saúde	8. Médico de urgência			
	9. Horário de enfermagem (medir a tensão, injeções, curativos, etc....)			
	10. Serviço de enfermagem de noite ou para os casos de urgência			
	11. Administração/gestão da medicação			
	12. Assistência na toma da medicação			
	13. Fisioterapia/reabilitação			
	14. Acompanhm. a serviços de saúde			
Serviços Especializados	15. Serviço de podologia			
	16. Terapia ocupacional			
	17. Terapia da fala			
	18. Actividades de animação			
	19. Psicoterapia ou ajuda psicológica			
	20. Serviços religiosos			
	21. Aconselhamento legal			
Apoio Instrumental	22. Assistência bancária			
	23. Assistência em matéria de cuidados pessoais			
	24. Cabeleireiro			
	25. Assistência para aquisição de bens e serviços			
	26. Serviço de transporte (por ex: minibus)			
	27. Administração dos gastos pessoais de utentes			
	28. Acomp.a visitas e/ou eventos sociais			
	29. Acomp.a espaços de lazer/recreativos ou culturais			
	30. Acomp.a serviços religiosos/de culto ou similares			
	31. Formação para cuidadores informais			
Serviços Complementares	32. Tele-assistência			
	33. ADI			
	34. Banco de ajudas técnicas			
	35. Orientação/acompanhamento de pequenas alterações /obras no domicílio do utente para maior segurança e ou conforto			
	36. Acolhimento/substituição (temporária) de cuidadores informais			
	37. Apoio no luto			
	38. Terapia animal			

Comentários sobre o funcionamento do SAD :

---



---



---



---

#### IV. Parcerias (acordos de colaboração com o SAD)

<b>a.</b> A Instituição tem protocolos de acordos <b>formais</b> com entidades locais?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Se a resposta é SIM, os protocolos de colaboração com o SAD, foram estabelecidos com: <b>Hospital</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Centro de Saúde</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Escolas</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Autarquias</b> ..... <input type="checkbox"/>	
<b>b.</b> A Instituição tem protocolos de acordos <b>informais</b> , com entidades locais?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Comentários sobre o funcionamento do SAD :

---



---



---



---

#### V. Reclamações e queixas do utente (vias de acesso à organização):

*De que modo chegam à instituição as reclamações/queixas/louvres/elogios, dos utentes?*

Modo	Frequência	Sempre ou quase sempre	Algumas vezes	Nunca ou quase nunca
1. Constatadas/auscultadas/verificadas pela coordenadora				
2. Apresentação oral presencial na instituição				
3. Registo em Livro próprio ( <i>Livro amarelo</i> ) na instituição				
4. Apresentação por escrito (carta/exposição)				
5. Apresentação pelo telefone				
6. Pela comunicação social				

<b>a. Geralmente o tratamento das reclamações/queixas é da competência de:</b>  <b>Órgão gestor</b> (Direcção da Instituição/Organização) ..... <input type="checkbox"/> <b>Coordenação respectiva</b> (Coordenação técnica) ..... <input type="checkbox"/> <b>Vogal Competente</b> (Membro da Direcção competência específica) ---- <input type="checkbox"/> <b>Outros</b> ..... <input type="checkbox"/>
---

<b>b. Última reclamação/queixa</b> (descreva-a em poucas palavras)                	
<b>c. Tratamento da última reclamação/queixa descrita</b> No tratamento da última reclamação/queixa, referida, procedeu-se a algum dos actos abaixo indicados? Assinale quais:	
<b>Audição do/a reclamante</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>Audição da pessoa (se for o caso) reclamada</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>Comunicação das decisões ao reclamante</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>Ainda no caso apresentado, foram decididas medidas para prevenir idênticas situações no futuro?</b> Se a resposta foi SIM, refira-as sumariamente:        	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>Foi decidido proceder a avaliação de resultados das medidas tomadas?</b> Se a resposta foi SIM, qual o prazo definido:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>a. Um Mês <input type="checkbox"/></div> <div>c. Seis Meses <input type="checkbox"/></div> <div>e. Outro _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>b. Três Meses <input type="checkbox"/></div> <div>d. Um Ano <input type="checkbox"/></div> </div>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Comentários sobre o funcionamento do SAD :

---



---



---



---

## B. Gestão de dados (Acesso ao SAD - candidatos aos Serviços)

### I. Critérios de admissão: preferência/exclusão

	<b>No acesso ao SAD são tidas em conta:</b> (a ausência de sinal, é considerada como irrelevante)	<b>Preferência</b> (A presença implica preferência)	<b>Exclusão</b> (A presença implica exclusão)
<b>1. Situação de âmbito geográfico</b>	<b>1a.</b> – Residência na Freguesia da Instituição	ex: (x)	
	<b>1b.</b> – Residência no Concelho (fora da freguesia)		ex: (x)
	<b>1c.</b> – Proximidade/distância em tempo (da Instituição)		
	<b>1e.</b> – Residência distante de instituição mais de: _____ Km _____ Minutos		
	<b>1.f.</b> – Outra (indicar): _____ _____		
<b>2. Situação pessoal</b>	<b>2.a.</b> – Dependência		
	<b>2.b.</b> – Inexistência ou insuficiência de retaguarda informal		
	<b>2.c.</b> – Isolamento social ou geográfico		
	<b>2.d.</b> – Desajustamento ou conflito familiar grave		
	<b>2.e.</b> – Condições habitacionais (precaridade)		
	<b>2.f.</b> – Vínculo (como membro) à associação ou irmandade		
	<b>2.g.</b> – Inexistência de rendimentos que permitam a cobrança do SAD		
	<b>2.h.</b> – Portador de doença infecto-contagiosa		
	<b>2.i.</b> – Outra (descrever): _____ _____ _____		

Comentários sobre o funcionamento do SAD :

---



---



---



---

## II. Lista de espera SAD

<b>1. Existe lista de espera?</b>	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
<b>2. Se SIM, quantos indivíduos, com mais de 65 anos, estão em espera?</b>  <div><div>▪ Dependentes</div><div>_____</div><div>▪ Com problemas de âmbito sócio-familiar</div><div>_____</div><div>▪ Outros</div><div>_____</div><div><b>TOTAL</b></div><div>_____</div></div>	

## III. Gestão da lista de espera SAD

<b>1. Data de inscrição</b> (antiguidade) – contacto quando há disponibilidade <input type="checkbox"/>
<b>2. Monitorizada</b> (com contacto postal periódico para actualização): <input type="checkbox"/>  <div><div><b>Trimestral</b></div><div><input type="checkbox"/></div><div><b>Anual</b></div><div><input type="checkbox"/></div></div>
<b>3. Encaminhamento</b> (para instituição com disponibilidade, dentro do Concelho) <input type="checkbox"/>
<b>4. Mista</b> (manutenção em espera, com proposta de atendimento imediato a custo real) <input type="checkbox"/>
<b>5. Outra</b> (Indique): <input type="checkbox"/>  _____ _____ _____ _____

Comentários a lista de espera :

---

---

---

---

---

---

---

## C. Financiamento

### I. Fontes de Financiamento

<b>1. Rendimentos próprios</b> (da Organização)	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
<b>2. Receitas dos utentes</b> (Pagamento dos Serviços)	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
<p><b>2.a.</b> – Percentagem máxima, dos rendimentos mensais, cobrada pela globalidade dos serviços prestados(*):</p> <p>40% <input type="checkbox"/></p> <p>50% <input type="checkbox"/></p> <p>60% <input type="checkbox"/></p> <p>___% <input type="checkbox"/></p> <p>Valor fixo <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">(*) No valor máximo do custo real dos serviços prestados.</p>	
<p><b>2.b.</b> – Percentagem dos rendimentos mensais cobrada, parceladamente, por cada serviço isolado:</p> <p>___% - Cuidados de higiene e conforto pessoais</p> <p>___% - Serviço de Refeições</p> <p>___% - Tratamento de roupas</p> <p>___% - Cuidados de higiene e asseio habitacional</p> <p>___% - Outros (especificar) _____</p> <p>___% - Outros (especificar) _____</p> <p>___% - Outros (especificar) _____</p>	
<b>3. Comparticipação da Segurança Social</b>	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
<b>4. Comparticipação da Autarquia</b>  Câmara Municipal <input type="checkbox"/> Junta de Freguesia <input type="checkbox"/>	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
<b>5. Comparticipação da Comunidade/Donativos em espécie:</b>  Do Banco Alimentar Contra a Fome <input type="checkbox"/> De empresas/instituições locais <input type="checkbox"/> De particulares <input type="checkbox"/>	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
<b>6. Outras</b> (especificar) _____ _____ _____	<b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>



## II. Sub-Financiamento (Último ano civil apurado) - origem/causas

<b>1. Insuficiência (relativamente ao custo real) ou ausência de valores cobrados aos utentes:</b>  <b>1.a.</b> – Se SIM, número de casos _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>2. Quebra imprevista do nº de utentes SAD</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>3. Alterações (aumentos) significativos inesperados de custos orçamentados:</b>  <b>2.a.</b> Aumento do custo de combustíveis <input type="checkbox"/> <b>2.b.</b> Acidentes/danos não cobertos por seguros <input type="checkbox"/> <b>2.c.</b> Outros <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>4. Créditos mal parados:</b>  <b>4.a.</b> Dívidas incobráveis dos utentes <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>5. Incumprimentos</b>  <b>5.a.</b> Cheques sem provisão <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>6. Atrasos</b>  <b>6.a.</b> Atrasos significat. nos financiam. Esperados <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>7.Outros</b> (especificar) _____ _____ _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Comentários a lista de espera :

---

---

---

---

---

---

---

## D. Caracterização do Pessoal

[Pessoal afecto aos utentes do SAD (ainda que comuns a outras valências)]

### I. Categorias profissionais, nº de elementos, regime de trabalho

Quantos elementos do pessoal, contratados ou avençados, pagos por esta instituição, pertencem a cada uma das seguintes categorias?

Por favor, responda em termos de equivalentes a tempo integral ou outro.

		SIM (1)				NÃO (0)
		Nº de elementos	Tempo inteiro	Tempo parcial	Avençados	
Pessoal administrativo e de manutenção	Ajudantes de acção directa (SAD)					
	Administrativos e secretários					
	Cozinheiros e ajudantes de cozinha					
	Indiferenciados (polivalentes)					
	Pessoal de limpeza e de lavandaria					
	Supervisores, coordenadores e chefes de serviços					
	Outros (especificar): _____					
	Outros (especificar): _____					
Pessoal especializado	Assistentes sociais/director técnico					
	Animadores sociais					
	Assistente religioso (Padre ou outro)					
	Enfermeiros/as					
	Fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais					
	Gerontólogos					
	Médicos/as					
	Nutricionistas					
	Psiquiatras ou psicólogos					
	Terapeutas de fala					
	Outros (especificar): _____					
	Outros (especificar): _____					

Comentários a lista de espera :

---



---



---

## II. Ajudantes de Acção Directa, afectas/os ao SAD:

### a. Habilitações

Nos/as *ajudantes* ao serviço nesta data, indique a *maior* e a *menor* habilitação, possuída.

(Ex: a *ajudante* com maiores habilitações literárias, tem um curso superior; a que tem a menor habilitação tem o ensino básico)

		Habilitações literárias	
		Completo	Incompleto (apenas frequência)
Não sabe ler			
Sabe ler e escrever			
Ensino Básico	1º. ciclo		
	2º. ciclo		
	3º. ciclo		
Ensino técnico			
Ensino secundário			
Ensino superior			

	Habilitações/Formação Profissionais	
	( = < ) 30 horas	( > ) 30 horas
Formação de <i>ajudantes/agentes de lar</i> ( ou equivalente)		
<b>Outras</b> (especificar): _____		
<b>Outras</b> (especificar): _____		
<b>Outras</b> (especificar): _____		
<b>Outras</b> (especificar): _____		

## b. Formação

<p><b>1. Existem programas de formação em exercício?</b></p> <p><b>1a.</b> Se sim, indique qual das seguintes afirmações é mais adequada para os caracterizar:</p> <p><b>Treino informal ou relacionado com as tarefas que se está a realizar</b></p> <p><b>Formação durante um período de orientação e treino no decorrer das tarefas a realizar</b></p> <p><b>Reuniões regulares do pessoal numa perspectiva de continuidade</b></p> <p><b>Reuniões programadas regularmente</b> (com utilização de filmes, conferências de especialistas....)</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p> <p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
<p><b>2. Pelo menos 75% dos funcionários participam em algum curso organizado pela instituição ou pelo organismo a que pertence?</b></p>	<p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
<p><b>3. Existe algum tipo de procedimento para avaliar as competências dos membros do pessoal para o desempenho das suas tarefas respectivas?</b></p>	<p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
<p><b>4. Algum membro do pessoal fala outro idioma, além do Português?</b></p>	<p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>
<p><b>4. Algum membro do pessoal fala outro idioma, além do Português?</b></p> <p><b>4a.</b> Se sim, indique:</p> <p><b>Quais os idiomas</b> _____</p> <p><b>Quantas/os profissionais o/os fala/m?</b> _____</p>	<p>Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/></p>

Comentários a lista de espera :

---



---



---



---



---



---



---

## E. Caracterização dos Voluntários

Estas questões dizem respeito aos voluntários e aos serviços que prestam na instituição

<b>1 – Há voluntários que colaboram com a instituição?</b>  1a. – Se SIM, quantos são? _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>2 – Faça uma estimativa do número dos voluntários que se dedicam a:</b>  2a. – Actividades, tratamento ou outro contacto directo com os utentes SAD: _____  2b. – Outras actividades: _____ (como tarefas administrativas, de manutenção)  Especifique _____	
<b>3 – Os candidatos ao voluntariado são submetidos a uma entrevista prévia?</b>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>4 - Há um programa de formação dos voluntários?</b>  4a. Qual destas afirmações descreve melhor esse programa:  > <b>Formação prévia</b> (antes de iniciar funções) <input type="checkbox"/>  > <b>Formação informal a partir da tarefa que está a ser realizada</b> (formação na acção) <input type="checkbox"/>  > <b>Orientação dos novos voluntários, com supervisão contínua e treino no decorrer do trabalho realizado</b> <input type="checkbox"/>  > <b>Reuniões regulares e supervisão contínua</b> <input type="checkbox"/>  > <b>Reuniões programadas regularmente com temas específicos</b> (conferências de especialistas, filmes, etc..) <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Comentários sobre o voluntariado na instituição:

---

---

---

---

---

---

---

## F. Caracterização dos utentes do SAD

### I. Características Biográficas

	Homes	Mulheres
<b>1. Quantos/as (lotação da valência 'SAD', por sexos)?</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>2. Grupos etários:</b> <div> <b>2a.</b> Menos de 65 anos?           <b>2b.</b> de 65 a 74 anos?           <b>2c.</b> de 75 e 84 anos?           <b>2d.</b> 85 ou mais anos?         </div>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>3. Residência:</b> <div> <b>3a.</b> Na Freguesia da Instituição           <b>3b.</b> Fora da Freguesia mas dentro Concelho           <b>3c.</b> Fora da Freguesia e do Concelho         </div>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>4. Estado civil:</b> <div> <b>4a.</b> casados           <b>4b.</b> Divorciados/separados           <b>4c.</b> Viúvos           <b>4d.</b> Solteiros           <b>4e.</b> Outro (situação análoga à dos cônjuges)         </div>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>5. Níveis de instrução:</b> <div> <b>5a.</b> Analfabetos           <b>5b.</b> Sabendo ler e escrever           <b>5c.</b> 3ª/4ª classe           <b>5d.</b> Ciclo preparatório (6º ano)           <b>5e.</b> 9º ano (antigamente 5º ano)           <b>5f.</b> Ensino secundário           <b>5g.</b> Ensino superior           <b>5h.</b> Curso profissional           <b>5i.</b> Outro         </div> (grau de escolaridade)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>6. Profissão:</b> <div> <b>6a.</b> Doméstica(o)           <b>6b.</b> Empregada doméstica           <b>6c.</b> Empregados de balcão, vendedores           <b>6d.</b> Empregados executantes de escritório           <b>6e.</b> Operários           <b>6f.</b> Profissões intelectuais e de enquadramento           <b>6g.</b> Profissões liberais           <b>6h.</b> Proprietário agrícola/ rendeiro/parceiro/pensador           <b>6i.</b> Técnicos e encarregados/chefias           <b>6j.</b> Trabalhador agrícola (por conta de outrem)           <b>6l.</b> Trabalhadores independentes da ind., agricultura e serviços           <b>6m.</b> Trabalhadores não qualificados da indústria e dos serviços         </div> (enquanto activos/as)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Comentários:

---



---



---



---

## II. Características Sócio-Económicas dos Utentes do SA

		Homens	Mulheres
<b>1. Rendimentos, quantos têm a situação seguinte:</b>	<b>1a.</b> Sem rendimentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>1b.</b> Apenas pensão de sobrevivência (viúva/viúvo/órfão)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>1c.</b> Pensão própria da Segurança Social/CGA/Outra	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>1d.</b> Pensão e outros rendimentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>1e.</b> Apenas outros rendimentos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>2. Tempo de vinculação ao SAD, desta Instituição:</b>	<b>2a.</b> menos de 1 mês	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>2b.</b> de 1 a 6 meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>2c.</b> de 7 a 12 meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>2d.</b> entre 1 e 2 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>2d.</b> entre 1 e 2 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>2f.</b> entre 5 e 10 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>2g.</b> mais de 10 anos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>3. Saídas do SAD no último ano civil (não contando com as mortes), para:</b>	<b>3a.</b> Casa de familiares ou amigos		
	<b>3b.</b> Lar de Idosos ou Acolhimento Familiar		
	<b>3c.</b> Unidade de Cuidados Continuados		
	<b>3d.</b> outras		
	_____		
	_____		
	_____		

Comentários sobre as características sócio económicas dos atentes do SAD

---



---



---



---



---



---



---

### III. Capacidades Funcionais dos Utentes

Actividades do dia-a-dia

Actividade	Grau de ajuda		
	Nº de Utentes que Não Necessita de Ajuda	Nº de Utentes que Necessita de Alguma Ajuda	Nº de Utentes que são Ajudados Totalmente
1. Cuidar da sua própria aparência (por ex: pentear-se, barbear-se ou arranjar-se...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Comer sozinhos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Vestir-se e despirem-se	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Andar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Deitar-se e levantar-se	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Tomar banho	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. Ir à casa de banho (utilizar sanitários)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Expressar com clareza as suas necessidades e desejos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Gerir o seu dinheiro (pagar as suas facturas)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. Usar o telefone	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. Tomar a medicação	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12. Ir às compras (alimentação, roupa, etc...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comentários acerca das capacidades funcionais dos utentes:

---

---

---

---

---

---

---

---



#### IV. Estado de Saúde dos Utentes do SAD

Indique o número de utentes que apresentam os seguintes situações	Nº de utentes
1. Estão a fazer medicação prescrita pelo médico	<input type="text"/>
1a. Nº. máximo de medicamentos diferentes que (um utente) está a tomar	<input type="text"/>
2. Não vêem bem para ler um livro ou o jornal, mesmo usando óculos	<input type="text"/>
3. Não ouvem, mesmo que usassem aparelho auditivo	<input type="text"/>
4. Utilizam ou deveriam usar aparelho auditivo	<input type="text"/>
5. Não sabem em que dia ou ano estão	<input type="text"/>
6. Recorreram ao serviço de urgência nos últimos três meses	<input type="text"/>
7. Foram internados no Hospital nos últimos três meses	<input type="text"/>
8. Ficaram acamados nos últimos três meses	<input type="text"/>
8a. Quantos dias, em média, ficaram acamados?	<input type="text"/>
9. Têm problemas:	
9a. De Mobilidade	<input type="text"/>
9b. Sensoriais (cognitivo-emocionais)	<input type="text"/>
9c. Respiratórios	<input type="text"/>
9d. Circulatórios	<input type="text"/>
9e. Digestivos	<input type="text"/>
9f. Endócrinos	<input type="text"/>
9g. Urológicos	<input type="text"/>
9h. Psíquicos	<input type="text"/>
9i. Outros	<input type="text"/>

Comentários acerca do estado de saúde dos utentes:

---



---



---



---



---



---

Nome \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_



Nº \_\_\_\_\_

**Ajudantes de Acção Directa, afectas/os ao SAD:**

**C. Habilitações**

		Habilitações literárias	
		Completo	Incompleto
1. Não/Sabe ler <input type="checkbox"/>			
2. Ensino Básico	1. 1º. ciclo		
	2. 2º. ciclo		
	3. 3º. ciclo		
3. Ensino técnico			
4. Ensino secundário			
5. Ensino superior			

		Habilitações/Formação Profissionais	
		( = < ) 30 horas	( > ) 30 horas
6. Formação de auxiliares/agentes de lar ( ou equivalente)			
Outras (especificar):			
7.			
8.			
9.			

NOME: \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_



**Dados Biográficos**

Nº \_\_\_\_\_

<b>Ficha de Recolha de Dados/Actualização de Ficheiros</b>	
Homem -» <input type="checkbox"/> Mulher -» <input type="checkbox"/>	
Data de Nascimento (Dia) -» _____ (Mês) -» _____ (Ano) -» _____	
Freguesia de residência (actual) -» _____	
Profissão (enquanto activo/a) -» _____	
Data de vinculação ao SAD (desta Instituição) Mês -» _____ Ano -» _____	
Estado Civil :	
▪ Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
▪ Casado(a)	<input type="checkbox"/>
▪ Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>
▪ Separado(a)/Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
▪ Situação análoga à dos cônjuges (união de facto)	<input type="checkbox"/>
Níveis de instrução (grau de escolaridade)	
▪ Não sabe ler	<input type="checkbox"/>
▪ Sabe ler e escrever	<input type="checkbox"/>
▪ 3ª/4ª Classe	<input type="checkbox"/>
▪ Ciclo Preparatório	<input type="checkbox"/>
▪ Antigo 5º ano ou equivalente (9º ano de escolaridade)	<input type="checkbox"/>
▪ Antigo 7º ano ou equivalente (11º ano de escolaridade)	<input type="checkbox"/>
▪ Curso Superior ou equiparado	<input type="checkbox"/>
▪ Curso Profissional (especificar) -» _____	<input type="checkbox"/>
▪ Outro (especificar) -» _____	<input type="checkbox"/>
Situação Sócio-Económica:	
▪ Sem rendimentos	<input type="checkbox"/>
▪ Rendimento Social de Inserção (RMG)	<input type="checkbox"/>
▪ Apenas pensão de sobrevivência (viúvo/a ou órfã/o)	<input type="checkbox"/>
▪ Pensão própria da segurança Social/Cx.G.Apos./Outra	<input type="checkbox"/>
▪ Pensão e outros rendimentos	<input type="checkbox"/>
▪ Apenas outros rendimentos	<input type="checkbox"/>
<b>OBS:</b>	

Data, \_\_\_\_\_

Assinatura(legível) da auxiliar

\_\_\_\_\_

Nome da Instituição: \_\_\_\_\_

Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)		
3 . Saídas do SAD no último ano civil (não contando com os óbitos), para:	Homens	Mulheres
3a. – Casa de familiares ou amigos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3b. – Lar de Idosos ou <i>Acolhimentto Familiar</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3c. – Unidade de <i>Cuidados Continuados</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3d. – Outro (especifique): _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comentários sobre as características sócio económicas dos atentes do SAD

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOME:

Nº \_\_\_\_\_

**CAPACIDADES FUNCIONAIS**

Actividades		Grau de ajuda » »	Não necessita de ajuda	Necessita de alguma ajuda	Depende de ajuda total
Actividades da vida diária	1. Cuida da sua própria aparência				
	2. (ex: pentear-se, barbear-se ou arranjar-se...)				
	3. Come sozinho(a)				
	4. Veste-se e despe-se				
	5. Anda (caminha)				
	6. Deita-se e levanta-se				
	7. Toma banho				
	8. Vai à casa de banho				
Actividades instrumentais	9. Expressa com clareza as suas necessidades e desejos				
	10. Gere o seu dinheiro (paga as suas facturas)				
	11. Usa o telefone				
	12. Toma a medicação				
	13. Vai às compras (alimentação, roupa, outras.)				
Comentários acerca das capacidades funcionais: _____					
_____					

**ESTADO DE SAÚDE**

(Assinale apenas quando a resposta for afirmativa, de contrário não assinale.)

1. Está a tomar medicação prescrita pelo médico?	<input type="checkbox"/>
▪ Nº. de medicamentos diferentes que está a tomar:	<input type="text"/>
2. Não vê bem para ler um livro ou o jornal, mesmo usando óculos	<input type="checkbox"/>
3. Não ouve, mesmo que usasse aparelho auditivo	<input type="checkbox"/>
4. Utiliza ou deveria usar aparelho auditivo	<input type="checkbox"/>
5. Não sabe em que dia ou ano está	<input type="checkbox"/>
6. Recorreu ao serviço de urgência nos últimos três meses	<input type="checkbox"/>
7. Foi internado no Hospital nos últimos três meses	<input type="checkbox"/>
8. Ficou acamado nos últimos três meses	<input type="checkbox"/>
▪ Quantos dias ficou acamado?	<input type="text"/>
9. Tem problemas de:	<input type="checkbox"/>
9a.- Mobilidade	<input type="checkbox"/>
9b.- Sensoriais	<input type="checkbox"/>
9c.- Respiratórios	<input type="checkbox"/>
9d.- Circulatórios	<input type="checkbox"/>
9e.- Digestivos	<input type="checkbox"/>
9f.- Endócrinos	<input type="checkbox"/>
9g.- Urinários	<input type="checkbox"/>
9h.- Psíquicos	<input type="checkbox"/>
9i.- Outros (especificar) _____	<input type="checkbox"/>
Comentários acerca do estado de saúde: _____	
_____	

Assinatura da Auxiliar \_\_\_\_\_